

勤労者財産形成貯蓄積立保険(一般財形) 契約変更申込書

必ず内容をご確認ください

当社における個人情報の利用目的について

保険契約等申込みに際して、お客様からいただいた個人情報は、以下の目的で利用させていただきます。

- ・当社の保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
- ・当社または関連会社・提携会社の各種保険商品・金融商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
- ・当社業務の情報提供・運営管理、市場調査、商品・サービスの開発・研究

※当社の個人情報のお取扱いにつきましては、当社ホームページ(<https://www.asahi-life.co.jp/>)にも掲載しておりますので合わせてご確認ください。

個人情報の第三者提供について

お客様の個人情報は、財形制度の円滑な運営の為に必要な範囲で事業主、当社、他の取扱生命保険会社、および他の取扱金融機関等の間で相互に提供されることがあります。

本人確認書類のご案内

お手続きの際には本人確認書類の添付をお願いします。

■下記の中から 1 点のコピー(有効期間中のもの)

・運転免許証(運転経歴証明書)

裏面に改姓・改名・住所変更の記載がある場合には、**両面のコピー**をご提出ください。
裏面の「臓器提供意思表示欄」に記載がある場合は黒く塗りつぶしてからご提出ください。
平成 24 年 4 月以降に交付された運転経歴証明書は、期限がなく生涯有効です。

・マイナンバー(個人番号)カード(写真がある表面のみ)をご提出ください。

表面の「臓器提供意思表示欄」に記載がある場合は黒く塗りつぶしてからご提出ください。

・パスポート

・在留カード(または特別永住者証明書)

・公的機関から発行・発給された上記以外の写真付き証明書

(「氏名」「生年月日」「住所」が記載されているものをご提出ください。)

上記の本人確認書類をお持ちでない場合

区分 **A** から 2 点のコピー

区分 **A** + 区分 **A**

または

区分 **A** **B** から

各 1 点のコピー

区分 **A** + 区分 **B**

区分 **A** 「氏名」と「生年月日または住所」の記載がある面のコピーをご提出ください。

①介護保険被保険者証

②母子手帳

③年金手帳

④児童扶養手当証書

⑤健康保険資格確認書

※②は基礎年金番号を、⑤は(記号)番号・保険者番号、二次元コードを黒く塗りつぶしてください。

区分 **B** 発行日から 6 か月以内のご本人様名義のもののコピーをご提出ください。

①戸籍の附票

②国税・地方税、公共料金の領収書

③住民票(本籍・マイナンバー(個人番号)の記載がないもの)

記入例

一般財形

保険料増額と保険期間変更(10年延長する場合)

○太枠内の必要事項を契約者様が消えないボールペンで記入し勤務先を經由してご提出ください。

○本帳票は単票形式です。ご契約者様控えや団体様控えが必要な場合は、コピーを取って保管してください。

①団体番号/契約番号欄

「契約者証」を確認のうえ団体番号、契約番号をご記入ください。

②契約者欄

契約者様の情報を各設欄に応じてご記入ください。

③変更後内容欄

・変更項目を○で囲み、変更年月、保険料金額、払込休止の場合は、休止年月をご記入ください。

・毎賞与時払いの変更年月、休止年月は変更予定の賞与払込年月をご記入ください。

・保険期間を変更する場合は契約時から通算した年月をご記入ください。

(例)

当初10年間で10年延長し、通算20年に変更したい場合、「20」年をご記入ください。

④勤務先確認欄

勤務先に書類を提出した際、確認に使用する欄です。

勤労者財産形成貯蓄積立保険契約変更申込書 (一般財形用)									
朝日生命保険相互会社 行						勤務先確認欄(勤務先財形取扱担当者経由)			
私の勤労者財産形成貯蓄積立保険契約について下記のとおり変更を申し込みます。						④ 正当な契約者の請求であることを確認しました。 (勤務先の財形事務取扱担当者または当社にご依頼の事務担当者様の印(または自署))			
団体番号		契約番号		契約者白書・本人確認書類添付確認欄		山田 花子			
5 0 0 0 9 9 9		1 2 3 4 5 6 7 8 9		自署しました 本人確認書類(コピー)添付しました					
フリガナ	アサヒ タロウ			申込日	令和7年 11 月 1 日				
契約者氏名	朝日 太郎			電話番号(自宅)	(042) 338 - 3050				
生年月日	3 昭和	5 平成	43 年 2 月 22 日	(日中連絡先)	(090) 1234 - 5678				
フリガナ	〒203-8611 トウキョウト タマシ 7 丁目 マキ								
契約者住所	東京都 多摩市 鶴牧 1-23								
勤務先	所在地	東京都新宿区四谷00-00							
	名称	株式会社 O△商事							
所属名	多摩支店		所属番号	345678		従業員番号	101112		
該当する変更項目を○で囲んでください。保険料変更の場合は増額、減額、払込再開、払込休止のいずれかを○で囲んでください。									
変更項目	変更後内容								
保険料変更	払込方法	変更年月	保険料金額						
増額	毎月払	7 11 月	から	3 0 000 円					
減額	毎月払		から						
払込再開	毎月払		から						
払込休止	毎月払		から	払込休止	・払込休止をお申し込みの際に払込再開年月が決まっている場合は、払込再開後にご記入ください。				
	毎月払		から	払込再開	・毎賞与時払いの変更年月・休止年月は、変更予定の賞与払込年月をご記入願います。				
保険期間変更	変更する場合のみ、契約時から通算した年数をご記入ください。一度に変更できる期間は現在の保険期間プラス15年です。ただし最長40年が限度です。			20 年					
該当する項目を○で囲んでください。変更前・変更後ともにご記入ください。									
変更項目	変更前		変更後						
フリガナ			同上						
契約者氏名			同上						
所在地			同上						
勤務先			同上						
その他	変更前		変更後						
変更内容									
※ご注意 氏名、住所、勤務先の変更の場合で、無契約の場合に「財形年金積立保険」もしくは「財形住宅貯蓄積立保険」にご加入されている場合は、「財産形成貯蓄積立(住宅・年金)奨励金給付書」もご提出願います。									
朝日生命使用欄						朝日生命保険相互会社			
募集店									
募集者									
<input type="checkbox"/> 団体より郵送 <input type="checkbox"/> 支社・営業所経由 <input type="checkbox"/> 特殊情報確認(有・無) <input type="checkbox"/> 特約確認(有・無) <input type="checkbox"/> 媒体団体(有・無) <input type="checkbox"/> 口座振替団体(有・無) <input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 住所確認 フォトスコピー									
本人確認書類									
交付年月日() 年 () 月 () 日 個人番号カード・マイナンバーの記入は禁止 有効期限() 年 () 月 () 日 その他(署名) ()									
入力日									
入力者	受付印								
実印									
実印									
2025.11									

訂正の方法
(訂正署名)

例)9月の申し込みを10月に変更する場合

申込日	令和 7 年 9 月 1 日
電話番号	朝日太郎

訂正する箇所に二重線を引き余白に正しい内容を記入し、その付近に自署(姓・名)してください。