

財形年金積立保険/財形住宅貯蓄積立保険 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 財形年金・住宅

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経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契約の種類

該当する契約の種類に~~レ~~点ご記入ください。

②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。

③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。

④変更内容欄

・今回変更する項目に○をご記入ください。
・財形非課税貯蓄の最高限度額、氏名、住所、勤務先、賃金の支払者を変更する場合は、別紙の「財産形成非課税住宅年金貯蓄(限度額変更・異動・勤務先異動)申告書」を必ずご提出ください。
なお、当該申告書はホームページには掲載しておりませんので、帳票をお取り寄せいただく必要がございます。お手数ですが財形専用ダイヤル0120-330-323へご連絡ください。

⑤変更後内容欄

・変更項目を○で囲み、記入欄に応じて変更する内容をご記入ください。
・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。
・財形住宅の保険期間を変更する場合は契約時から通算した年数をご記入ください。
(例)
当初10年間を10年延長し、通算20年に変更したい場合、「20」年とご記入ください。

⑥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。

①

該当する契約の種類に~~レ~~点ご記入ください。

☐財形年金積立保険
☒財形住宅貯蓄積立保険

契約変更申込書

②

朝日生命保険相互会社 行

私の財形年金積立保険または、財形住宅貯蓄積立保険について下記のとおり変更を申し込みます。

※本申込書の提出に際しては、契約者本人の署名・本人確認書類のコピーを添付の上ご提出ください。

団体番号	契約番号	契約者白書・本人確認書類添付確認欄
5000999	00122345	☒ 白書しました ☒ 本人確認書類(コピー)添付しました

⑥

勤務先確認欄(勤務先が朝日生命保険相互会社)

正格な契約者の通であることをご確認ください。
(勤務先の財形事務担当員が署名または当社にご登録の事務担当者様の印(または署名))

山田 花子



③

フリガナ	アサヒ タロウ	申込日	令和 7 年 9 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	43 年 2 月 22 日	(日中連絡先)	(090) 1234 - 5678
フリガナ	〒206-8611 トウキョウト タマシ マルマキ 1-23		
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 西谷 00-00	
	名称	株式会社 O△商事	
所属名	多摩支店	所属番号	3568181
		従業員番号	1002

④

(別紙)財形非課税申告書の変更項目記入欄

今回変更する項目すべてに、○を記入してください。なお、以下5項目のお手続きの場合、「財産形成非課税住宅年金貯蓄(限度額変更・異動・勤務先異動)申告書」のご提出が必要となります。ホームページには掲載がありませんのでご留意いたします。財形専用ダイヤル:0120-330-323までご連絡ください。

非課税限度額	氏名	住所	勤務先	賃金の支払者

⑤

契約内容の変更(変更項目名を○で囲み、変更内容を記入してください。)

変更項目	変更後内容	
保険料変更	払込方法	変更年月
増額	毎月払	7 11 から
減額	毎月払	
払込時期	毎月払	
払込休止	毎月払	から払込休止
年金の種類・型・支払期間	1-5のいずれかを○で囲んでください。	③ 確定年金定額型6年 ④ 確定年金定額型10年 ⑤ 確定年金定額型15年
保険料払込期間	歳払込完了(または令和 年 月 日まで)	
年金支払開始年齢	歳 (※満60歳以降で設定してください。)	
保険期間(住宅のみ)	20 年 (※変更の場合は契約時から通算した年数をご記入ください。)	
その他	変更前	変更後

朝日生命使用欄
募集店
募集者
☐ 団体より郵送 ☐ 支社・営業所経由 ☐ 特約情報確認(有・無) ☐ 特約確認(有・無) ☐ 媒体団体(有・無) ☐ 口座振替団体(有・無) ☐ 本人確認 ☐ 住所確認
本人確認書類
健康保険証
交付年月日[年 月 日]
個人番号カード ロ マイナンバーの収入印鑑
有効期限[年 月 日]
その他(署名)
入力日
交付印

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

10

申込日	令和 7 年 10 月 1 日
	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。