

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

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。

*本申込書の提出に際しましては、契約者ご本人の自署・本人確認書類のコピーを添付のうえご提出ください。

団体番号	契約番号	契約者自署・本人確認書類添付確認欄
		☐ 自署しました ☐ 本人確認書類(コピー)添付しました

勤務先確認欄(勤務先財形取扱担当部署経由)
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部署または当社にご登録の事務担当者様の押印(または自署))

フリガナ				申込日	年 月 日		
契約者氏名				電話番号(自宅)	() -		
生年月日	3:昭和 5:平成	年 月 日		(日中連絡先)	() -		
フリガナ	〒 -					(注)一般財形契約のみにご加入で、お届住所・電話番号と本書に記載の住所が異なる場合には、ご記入の住所・電話番号へ変更させていただきます。今後の送付書類は左記住所あてとなります。	
契約者住所							
勤務先	所在地				名称		
所属名			所属番号			従業員番号	

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		
1	増額	令和 年 月	から		000	円に変更
	減額	令和 年 月	から		000	円に変更
	払込再開	令和 年 月	から		000	円に変更
1	払込休止	令和 年 月	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、払込再開欄もご記入ください。 ・毎賞与時払の変更年月・休止年月は、変更予定の賞与控除年月をご記入願います。		
	払込再開	令和 年 月	から			
	払込再開	令和 年 月	から			
2	保険期間	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。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。				年

該当する項目を○で囲んでください。変更前・変更後ともご記入ください。

変更項目	変更前	変更後
フリガナ		同上
契約者氏名		
勤務先	所在地	
勤務先	名称	
その他	変更前	変更後
変更内容		

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 ☐ 特殊情報確認(有・無) ☐ 締後確認(有・無) ☐ 媒体団体(有・無) ☐ 口座振替団体(有・無) ☐ 本人確認 ☐ 住所確認 アドレスコード	
本人確認書類	運転免許証(番号)
健康保険証 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【書類名: 】	
入力日	受付印
担当者印	
責任者印	

※ご注意 氏名、住所、勤務先の変更の場合で、当契約の他に「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、「財産形成非課税(住宅・年金)異動申告書」もご提出願います。