（様式第１３号）

年　　月　　日

住 所・保 険 契 約 者 の 変 更 届

年　　月　　日に以下事項を変更したので届けます。

|  |  |
| --- | --- |
| 変　更　区　分 | 変　　更　　後　　の　　内　　容 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □  住　所　変　更 |  |  | 保険契約者住所 | 〒 ― |
| 被保険者住所 | 〒 ― |
| 証券等送付先住所 | 〒 ― |
| □  保険契約者の変更 | | | 保険契約者の氏名  （新契約者） |  |
| 保険契約者の住所 | 〒 ― |
| 被保険者との関係 | (1)本　人　　　　(2)保護者　　　(3)身元引受人  (4)成年後見人　　(5)施設長 |
| 該当する続柄に○ | ※被保険者との関係が(3)・(4)の方のみ、  下記をご記入ください。 |
| (3)身元引受人：親族　　その他（　　　　　　　）  (4)成年後見人：職業後見人(社会福祉士、司法書士等)  (4)成年後見人：親族後見人　　その他（　　　　　）  ※(3)(4)でその他の場合は（ ）に続柄を記入してください。 |
| 変　更　理　由 |  |

※変更区分に✔を記入してください。

保 険 証 券 番 号 ：

　　　　　　　　　保険契約者氏名（旧契約者）：　　　　　　 　　　　　㊞

　　　　　　　　　※旧契約者の死亡による変更の場合は、新契約者名を記入してください。

　　　　　　　　　被 保 険 者 氏 名 ：

|  |
| --- |
| 上記の内容について確認しました。  　　　　年　　　　月　　　　日  　　支部名：　　　　　　　　　　　　　　支部長：　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事 務 局 記 入 欄 | 契約の消滅 | 有 　・　 無 |
| 未経過保険料 | 有 　・　 無 |
| 管理台帳登録 | 年　　　月　　　日 |