（様式第１９号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　契　約　プ　ラ　ン　変　更　申　込　書

保険契約を以下のとおり変更します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| プラン変更される方(保　険　契　約　者) | 保険証券番号 |  |
| ふりがな |  |
| 氏 　名 | ㊞ |
| 住　 所 | 〒 |
| 被　 保　 険　 者(保障を受けられている方) | ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 性　　別 | 男　　　女 | 歳 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 変　　更　　内　　容 | 【　　　】プランから【　　　】プランへ変更 |
| 変 　更 　希 　望 　月(申込して頂いた翌月より変更) | 年　　　　月　　　　日 |
| 追加(返金)料金計算式※ＢプランからＡプランへの変更は返金 | (10,860円－9,000円)÷12ヶ月＝155円155円×(12ヶ月－年度経過月数)＝追加(返金)料金 | 追加／返金 金額 |
| 円 |
| 振込先金融機関※ＢからＡに変更される方のみ記入 | 銀　行　名 | 口　座　番　号 | 口　座　名　義 |
| 銀行支店 | 普通預金 | フリガナ（　　　　　　） |

※ＢからＡプランに変更される方は返金口座を記入してください。

|  |
| --- |
| プランに変更について、契約者本人からの申出であることを確認しました。　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　支部名：　　　　　　　　　　　　支部長：　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人確認 |  |
| 契約期間 | 　　 年　　 月　 　日 　 ～　 年　　 月　　 日 |
| 入 金 日 ／ 支 払 日 | 年　　月　　日 | 追加／返金　金額 | 円 |
| 管　理　台　帳　登　録 |  |
| 備　　　 　　　　考 | 　 |