

異動承認請求書（個人契約用）

メディカル少額短期保険株式会社 宛て

本日、以下の通り異動を請求いたします。記載内容は事実に相違ありません。

ご記入日（請求日）：西暦 年 月 日

【ご契約者（=異動請求者）】

氏 名	※この申請で氏名を変更する場合は旧姓を記入してください。 印
住 所	〒
証券番号	

【異動内容】（□に☑の上、下線に数字を記載。複数異動可）

異動内容	異動日
□氏名、住所、職業（専門資格名）、勤務先の変更 →【A欄】に記載	西暦 年 月 日から
□保険契約の解約 →【B欄】に記載	西暦 年 月 日 当日午後 12 時を以て* <u>注）解約日の5日前までに本紙をご提出ください。</u>

(*)始期時刻が午前 0 時のご契約の場合は、「月応当日」を「月応当日の前日」と読み替えます。（月応当日とは、保険始期日に対応する毎月の日をいいます。例えば 4 月 1 日始期日契約の場合、月応当日は毎月 1 日となります。）

【A欄】（変更のある項目のみ記載）

変更内容	変更後の内容
氏 名	
住 所	〒
職業（専門資格名）	
勤務先	

【B欄】（解約の場合の解約返戻金の振込先）

	銀 行・労働金庫 信用組合・信用金庫 農 協・漁 協		本 店 支 店 出張所	金融機関番号	店舗番号	預金種目	口座番号（右づめ記入）
					普通（総合）1 当 座 2		
ゆうちょ銀行	種目コード	契約種別コード	記号（6桁目がある場合※に記入）	番 号（右づめ記入）			
	1 6 6 3 0		1				
	9 9 0 0			0	※		1
口座名義人（カタカナ）							