

# 異動承認請求書（法人契約用） 住所変更等

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）】**

商号 <small>代表者の役職及び氏名</small>	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
<input type="checkbox"/> 契約者の住所、商号、代表者の役職・氏名の変更 → 【A欄】に記載	西暦_____年_____月1日から
<input type="checkbox"/> 被保険者（従業員）の氏名、住所、職業（専門資格名） → 【B欄】に記載	西暦_____年_____月1日から

**【A欄】**（変更のある項目のみ記載。ただし、被保険者（従業員）についての変更の場合は氏名必須）

変更内容	変更後の内容
契約者の住所	
契約者の商号	
代表者の役職・氏名	

**【B欄】**（書き切れない場合は、別紙を添付してください）

変更のある被保険者氏名 （氏名変更の場合は旧姓）	変更後の内容（氏名、住所、職業（専門資格名））