

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。記載内容は事実と相違ありません。

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
<input type="checkbox"/> 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 1 日から
<input type="checkbox"/> 保険契約の解約 →【B欄】に記載	西暦 _____ 年 _____ 月 末日を以て

【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）

金融機関名		支店名	
預金種目（いずれかに☑）	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号	
口座名義（カタカナ）			