団体定期保険（希望者グループ保険）

死亡保険金受取人変更通知書

第一生命保険株式会社（事務幹事会社）行

以下のとおり、被保険者の同意を得て死亡保険金の受取人を変更いたしたく通知します。

団　体　定　期

整理番号バーコードシール貼付欄
（第一生命使用欄）

契約者記入欄　1 ～ 4　訂正ある場合はお届出印を訂正箇所すべてに押印ください。

1

団体番号	結合	CD	事業所番号	枝	CD
0790766			0000000	0	0

10　21　28

2

被保険者番号（右詰）	本配子区分	CD
000		

29　40

被保険者番号は、必ず被保険者名簿を確認のうえ、右詰めで、ご記入ください。

本配子区分
0：本人
1：配偶者

3

保険契約者　団体名　日本電信電話株式会社

代表者　　お届出印

4

通知発信日 ※（和暦）　0　年　月　日

（※）本通知書が第一生命に到着した時は、契約者が本通知を発信した「通知発信日」より、この受取人変更の効力が発生いたします（保険法適用契約の場合）。
ご契約者におかれましては、すみやかに第一生命宛ご提出ください。

第一生命使用欄

処理基準日（和暦）	年　月　日	表示区分
	41　46	47　0

処理基準日は、4 通知発信日の翌月応当日となる。
応当日とは
例　契約日が令和3年4月1日の場合 →各月の１日

被保険者記入欄　5　6　訂正する場合、訂正箇所を二重線で抹消し、余白部分に被保険者名をご署名（フルネーム）のうえ、正しい内容をご記入ください。

5

	変更後受取人（カタカナ）	続柄	受取割合（%）
1	48　67	68	70　74　00
2	75　94	95	97　101　00
3	102　121	122	124　128　00
4	129　148	149	151　155　00
5	156　175	176	178　182　00

＊＊＊お願い＊＊＊
1. 変更後受取人は今回記載された方のみとなります。
2. 続柄(コード)は下記参照のうえ正確にご記入ください。
3. 原則、受取人に第三者を指定することは出来ません。

続柄コード

01:夫	05:祖父	40:孫
02:妻	06:祖母	70:約款順位
03:父	10:こども	90:法定相続人
04:母	20:兄弟姉妹	

＊続柄コード11～19は10こどもに読み替えます。
＊続柄コード21～34は20兄弟姉妹に読み替えます。
＊原則、受取人に第三者を指定することはできません。
＊約款順位：団体定期保険普通保険約款の定めにより、配偶者、子、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位とします。

6

＜ 被保険者同意確認欄 ＞
上記の保険金受取人の変更に同意します。
また変更後受取人は、既に配布済のパンフレット(等)に記載の個人情報の取扱に同意していることを確認しております。

被保険者名（自署）
（カタカナ）

（漢字）

受取人の変更には被保険者の同意が必要です。
必ず被保険者が自署願います。

第一生命使用欄

伝票コード　K30/00740
1　5　9

<連絡欄>

団体保障事業部		
点検	入力	入力後点検

団体保障事業部受付印

書類受領所管受付印

2930050018

団保[登]05963-03　2021.1 保存期間10年　（改）本