

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	事 業 所 番 号
0790766 結合 CD	000000 枝 CD
10	21 28

2

被 保 険 者 番 号（右 詰）	本配子区分 CD
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

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。

3

保 險 契 約 者	団 体 名	代 表 者
	N T T 株 式 会 社	

お届出印

第一生命使用欄

処理基準日（和暦）	表示区分
年 月 日	0
41	46 47

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	0 0	
2 75 94 95 97 101	0 0	
3 102 121 122 124 128	0 0	
4 129 148 149 151 155	0 0	
5 156 175 176 178 182	0 0	

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

