

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

整理番号・バーコードシール貼付欄
（第一生命使用欄）

第一生命保険株式会社（事務幹事会社） 行

書き方見本

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
通知します。

×してあるところは、記入不要箇所です。

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
0 7 9 3 4 3 4	0 0 0 0 0 0 0 0
10	28

2

被 保 険 者 番 号（右詰）	本配子区分
氏名コード7桁	0:本人 1:配偶者
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。

4

通知発信日※（和暦）
年 月 日
41

（※）本通知書が当社に到着した時は、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、すみやかに当社へご提出ください。

3

保 険 契 約 者	団体名	代表者
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	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 契約日が平成21年4月1日の場合 → 各月の 1日
契約日が平成21年4月22日の場合 → 各月の22日

被保険者記入欄

5 6

訂正ある場合は同意確認印と同一の印を訂正箇所すべてに押印ください。

5

変 更 後 受 取 人（カタカナ）	続 柄	受 取 割 合（％）
ダイイチ ハナコ	02	50
ダイイチ イチロウ	10	25
ダイイチ ジロウ	10	25
	00	
	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。

同意確認印

被保険者名 (カタカナ)	ダイイチ タロウ
(漢字)	第一 太郎
印 シャチハタ可	

受取人の変更には被保険者の同意が必要です。
必ず被保険者が記名・押印ください。

第一生命使用欄

伝 票 コー ド

K 3 0 / 0 0 7 4 0
1 5 9

<連絡欄>

< 本 社 >		< 支 社 >	
点検	入力	点検	入力

本社
受付印

支社
受付印

営業
オフィス
受付印



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
0 7 9 3 4 3 4	0 0 0 0 0 0 0 0
結合 CD	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）

年	月	日

（※）本通知書が当社に到着した時は、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、すみやかに当社へご提出ください。

3

保 険 契 約 者	団体名	代表者

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 契約日が平成21年4月1日の場合 → 各月の 1 日
契約日が平成21年4月22日の場合 → 各月の22 日

被保険者記入欄

5 6

訂正ある場合は同意確認印と同一の印を訂正箇所すべてに押印ください。

5

変 更 後 受 取 人（カタカナ）	続 柄	受 取 割 合（％）
48	67 68	70 74
		0 0
75	94 95	97 101
		0 0
102	121 122	124 128
		0 0
129	148 149	151 155
		0 0
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、既に配布済のパンプレット(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。

同意確認印

被保険者名 (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。
必ず被保険者が記名・押印ください。

第一生命使用欄

伝 票 コー ド

K 3 0 / 0 0 7 4 0
1 5 9

<連絡欄>

< 本 社 >		< 支 社 >	
点検	入力	点検	入力

本社
受付印

支社
受付印

営業
オフィス
受付印

