

①(全社協用)

しせつの損害補償 異動通知書

通知書 締切日 当月25日
異動日 翌月 1日

社会福祉施設総合損害補償

加入No.

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 御中

平成 年 月 日

施設住所	〒	TEL	
法人名 ・ 施設名		FAX	
代表者名		担当者	印

下記のとおり異動を通知します。

記

変更事項	変更内容
<input type="checkbox"/> プラン追加 →プラン()	()年()月()日からの変更
<input type="checkbox"/> 人数変更 →プラン()	
<input type="checkbox"/> 口数変更 →プラン()	
<input type="checkbox"/> 車両の入替・増減車 →プラン2-③	
<input type="checkbox"/> 施設・事業の追加	
<input type="checkbox"/> 住所変更	
<input type="checkbox"/> 代表者変更	
<input type="checkbox"/> 施設名変更	
<input type="checkbox"/> 脱退 →()月1日付	
<input type="checkbox"/> その他の変更 ()	
保険料(掛金)異動ありの場合 <input type="radio"/> 追加 <input type="radio"/> 返戻	
保険料(掛金)の追加の場合	振込日 年 月 日 保険料(掛金) 円

脱退・保険料(掛金)返戻の場合は下記に振込先をご記入ください。

※プラン2-③の新車両については車検証の写しを同封してください。
※保険料(掛金)振込前の事故は補償の対象となりません。

金融機関	フリガナ..... 銀行 信金 農協 本店 信託 信組 労金 支店
<input type="checkbox"/> 座種類	普通 当座 <input type="checkbox"/> 座番号
<input type="checkbox"/> 座名義	フリガナ.....

使 用 社 欄	危険開始日 平成 年 月 日	報 店	部店・担当店 医療・福祉開発部 第二課	コード GT 30	受 付 印
	補正先 部店・担当店		コード	代理店名 福祉保険サービス	