

【個人情報の取扱いに関する事項】

申込人および加入者は、募集文書および損保ジャパン公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)ならびに公益社団法人全国公民館連合会のホームページ(https://www.kominkan.or.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

届出日：20 年 月 日 下記の公民館について、下記の変更を依頼します。

変更依頼書 提出担当者名	TEL	-	-
-----------------	-----	---	---

加入公民館または
申込人の印欄

※加入番号が8から始まる一括契約の場合、取りまとめ担当部署(部署名と担当者名記入)が申込人の印を押印のうえで提出ください。

【変更の生じる公民館名、加入番号、変更日】

加入公民館名	加入番号	※加入証書をご覧ください。
変更日(西暦)	20 年 月 日	

印

■変更の生じる項目の番号を○で囲み、変更する内容をご記入ください。

変更項目	変更後の内容																									
① 館長(施設長)	新館長名:																									
② 施設名称	新名称																									
③ 施設所在地 TEL	新住所: 〒()-() TEL:()-()-()																									
④ 申込人 住所 TEL ・ 担当者名 TEL	新住所: 〒()-() TEL:()-()-()																									
	フリガナ:																									
	新申込人名: ※「法人/団体名・役職名・代表者名」のすべてをご記入ください。																									
	新担当者名: TEL:()-()-()																									
⑤ 加入証書等 書類送付先 TEL	新住所: 〒()-() TEL:()-()-()																									
	新氏名:																									
⑥ その他	※その他変更内容をご記入ください。例)指定管理者名(指定管理者の代表者名)変更、公民館施設面積の変更等																									
⑦ 職員災害加入者 の脱退(解約)	脱退(解約)する加入者名: (どちらかに○をしてください) 任意脱退 ・ 死亡脱退																									
⑧ 職員災害加入者 の交替	8-1 「本年度中に保険金支払い対象となる事故(ケガ)がなかった加入者の入れ替え」の場合																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">変更前・加入者氏名</th> <th colspan="3">変更後・加入者氏名等</th> </tr> <tr> <th colspan="2">保険金支払い事故の有無(ご確認後に無に○)</th> <th>氏名/性別</th> <th>生年月日</th> <th>重複保険契約等がある場合の内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>無</td> <td>1 (男) 西暦</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>無</td> <td>2 (男) 西暦</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>無</td> <td>3 (男) 西暦</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	変更前・加入者氏名		変更後・加入者氏名等			保険金支払い事故の有無(ご確認後に無に○)		氏名/性別	生年月日	重複保険契約等がある場合の内容	1	無	1 (男) 西暦	年 月 日		2	無	2 (男) 西暦	年 月 日		3	無	3 (男) 西暦	年 月 日	
	変更前・加入者氏名		変更後・加入者氏名等																							
	保険金支払い事故の有無(ご確認後に無に○)		氏名/性別	生年月日	重複保険契約等がある場合の内容																					
1	無	1 (男) 西暦	年 月 日																							
2	無	2 (男) 西暦	年 月 日																							
3	無	3 (男) 西暦	年 月 日																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">変更前・加入者氏名</th> <th colspan="3">変更後・加入者氏名等</th> </tr> <tr> <th colspan="2">保険金支払い事故の有無(ご確認後に有に○)</th> <th>氏名/性別</th> <th>生年月日</th> <th>重複保険契約等がある場合の内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>有</td> <td>(男) 西暦</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	変更前・加入者氏名		変更後・加入者氏名等			保険金支払い事故の有無(ご確認後に有に○)		氏名/性別	生年月日	重複保険契約等がある場合の内容		有	(男) 西暦	年 月 日												
変更前・加入者氏名		変更後・加入者氏名等																								
保険金支払い事故の有無(ご確認後に有に○)		氏名/性別	生年月日	重複保険契約等がある場合の内容																						
	有	(男) 西暦	年 月 日																							
<p>※詳細は、手引きP25をご参照ください。</p> <p>* 8-2の場合、「見舞金制度については交替手続き」、「保険については中途解約と中途加入の手続き」となります。 ←</p> <p>変更日(毎月1日以外の場合)により追加掛金が必要です。詳細はエコー総合補償サービスまでお問い合わせください。</p> <p>社内欄 追加掛金: 返還掛金: 差額:</p>																										
⑨ 職員災害 追加加入申込み	中途加入者	氏名/性別 (男) 西暦 年 月 日	重複保険契約等がある場合の内容																							
	加入タイプ(○してください)	中途加入掛金(手引きP27)	振込日/振込先(手引きP19)	請求書送付																						
※5月1日以外 の中途加入の場合に ご利用ください。	A B C D E 型	円	西暦 年 月 日 三菱UFJ銀行 ・ ゆうちょ(郵便局) (済) ・ (予定)	要 ・ 不要																						

◆変更依頼書は、FAXでも受け付けています。

FAX通話料無料 0120-226-916 または 03-5209-6621

◆お問い合わせは、エコー総合補償サービス(株)まで。

TEL通話料無料 0120-636-717 または 03-5209-6620