

**【個人情報の取扱いに関する事項】**

申込人(加入者)および被保険者(見舞金等支払対象者)は、募集文書および損保ジャパン日本興亜公式ウェブサイト(<http://www.sjnk.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(<http://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： 年 月 日 下記の公民館について、加入内容に変更が生じますので通知します。

|  |                    |                    |
|--|--------------------|--------------------|
| 変更届提出 担当者名                               |                    | 加入公民館または<br>申込人の印欄 |
| TEL                                      |                    |                    |
| ※加入番号が8から始まる一括契約の場合は、取りまとめ担当部署からご提出ください。 |                    | 印                  |
| <b>【変更の生じる公民館名、加入番号、変更日】</b>             |                    |                    |
| 加入公民館名                                   | 加入番号 ※加入証書をご覧ください。 |                    |
| 変更日                                      | 年 月 日から            |                    |

※変更の生じる項目の番号を○で囲み、変更する内容のみを「変更後の内容」欄にご記入ください。

| 変更項目  | 変更後の内容                         |
|---|--------------------------------|
| ① 館長<br>(施設長)                                 | (新館長(施設長)名)                    |
| ② 公民館(施設)<br>名 称                              | (新名称)                          |
| ③ 公民館<br>所在地<br>電話番号                          | 〒( )-( ) (新TEL - - )           |
| ④ 申込<br>人 所<br>住 地<br>電話 番<br>号<br>・<br>担 当 者 | (新住所)                          |
|   | (フリガナ)                         |
|   | (新申込人名)<br>(新担当者名) (新TEL - - ) |
| ⑤ 加入証<br>書 等<br>書 類<br>送 付 先<br>電 話 番 号       | 〒( )-( ) (新TEL - - )           |
|   | (新氏名)                          |

◆職員災害補償制度の加入者が交替の場合は、変更前と変更後の加入者の両方をご記入ください。ご記入にあたり手引き25ページをご参照ください。

| 職員災害補償制度加入者の<br>交替・解約<br>(どちらかに○をしてください。) | 変更前                    | 変更後 |      |    |   |
|---|------------------------|-----|------|----|---|
|   | 氏名<br>(解約の場合は解約する加入者名) | 氏名  | 生年月日 | 性別 | 他の重複する保険契約等があれば、ご記入ください。<br>会社名 保険種類 満期日 保険金額 |
| 1   |                        |     | 西暦   |    | 円   |
| 2   |                        |     | 西暦   |    | 円   |
| 3   |                        |     | 西暦   |    | 円   |
| 4   |                        |     | 西暦   |    | 円   |
| 5   |                        |     | 西暦   |    | 円   |

|       |                |
|-------|----------------|
| ⑦ その他 | ※変更内容をご記入ください。 |
|-------|----------------|

◆変更届は、FAXでも受け付けております。  
◆お手続きのお問い合わせは、エコー総合補償サービス(株)まで。

FAX通信料無料 0120-226-916  
TEL通信料無料 0120-636-717

または 03-5209-6621  
または 03-5209-6620