

異動承認請求書（個人契約用）

メディカル少額短期保険株式会社 宛て

本日、以下の通り異動を請求いたします。記載内容は事実に相違ありません。

ご記入日（請求日）：西暦 年 月 日

【ご契約者（=異動請求者）】

氏名	※この申請で氏名を変更する場合は旧姓を記入してください。	印
住所	〒	
証券番号		

【異動内容】（□に☑の上、下線に数字を記載。複数異動可）

異動内容	異動日
<input type="checkbox"/> 氏名、住所、職業（専門資格名）、勤務先の変更 →【A欄】に記載	西暦 年 月 日から
<input type="checkbox"/> 保険契約の解約 →【B欄】に記載	西暦 年 月 日 当日午後 12 時を以て* <u>注）解約日の 5 日前までに本紙をご提出ください。</u>

(*)始期時刻が午前 0 時のご契約の場合は、「月応当日」を「月応当日の前日」と読み替えます。（月応当日とは、保険始期日に対応する毎月の日をいいます。例えば 4 月 1 日始期日契約の場合、月応当日は毎月 1 日となります。）

【A欄】（変更のある項目のみ記載）

変更内容	変更後の内容
氏名	
住所	〒
職業（専門資格名）	
勤務先	

【B欄】（解約の場合の解約返戻金の振込先）

金融機関名		支店名	
預金種目（いずれかに☑）	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号	
口座名義（カタカナ）			