

所得補償保険加入者専用

変 更 届

(FAX送信票)

I) 変更 ・該当に☑の上ご記入ください

- 自宅住所の変更(新住所、電話番号、fax 番号をご記入ください)

〒 _____

- 加入者証送付先の変更(新送付先、電話番号、fax 番号をご記入ください)

〒 _____

- その他

II) 相談 ・該当に☑を付けてください(担当代理店からの連絡となります)

- 加入月額 増額・減額 について
- 従業員(事務員)の加入について
- 「特定疾病等対象外特約」の削除について
- 保険金請求について
- その他 _____

会員番号 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

FAX 03-5366-5260

事業協同組合全国鍼灸マッサージ師協会