

FAX: 03-6279-0695 (TEL: 03-6279-0654)

社会保険労務士賠償責任保険 変更依頼書 (2022年度用)

申込人(加入者)及び被保険者は募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

変更依頼日(記入日)をご記入ください。

変更依頼日	2023 年 1 月 16 日
異動保険期間	2023 年 2 月 1 日から2023 年 12 月 1 日まで 10 カ月間
変更内容	異動保険期間は、20日申込締切・翌月1日になります。
加入者住所変更	<input type="checkbox"/> 加入者証再発行

社会保険労務士登録番号(法人の場合は法人番号)
1234567
社労士法人の場合は、主たる事務所の法人番号(7桁)をご記入ください。

【1】保険加入時の事業者情報をご記入ください。依頼する変更内容にチェックしてください。

(※フリガナ) 事務所名 代表者名	〇〇シャカイホケンロウムシジムショ 代表〇〇〇〇	確認印 個人印 または 法人印 重要事項等の内容を確認・同意のうえ、加入依頼書の記載内容にしがいい申し込みます。
(※フリガナ) 事務所所在地	トウキョウト〇〇ク〇〇 (〒 123 - 4567) 東京都〇〇区〇〇	
TEL	*** - *** - ***	
FAX	*** - *** - ***	

お申込事業者の情報をご記入いただき、事業者の印をご捺印ください。

【2】変更後の事業者情報をご記入ください。※フリガナは必ずご記入ください。

(※フリガナ) (新) 事務所名 代表者名	〇〇シャカイホケンロウムシジムショ ダイヒョウ〇〇〇〇
(※フリガナ) (新) 事務所所在地	*** (〒 *** - ***) *** TEL *** - *** - *** FAX *** - *** - ***

【3】請求の内容および計算欄

請求の内容および計算欄	情報漏えい保険特約の追加	変更内容につきご記入ください。
追加または返還保険料	9,680 円	追加または返還保険料が発生する場合は、保険料をご記入ください。

【4】返戻先口座 ※保険料の返戻がある場合は返戻先口座をご記入ください。

返戻先口座	フリガナ	***ギンコウ	フリガナ	シンジュクシテン
	金融機関	***銀行	支店	新宿支店
	口座種類	普通	口座番号	*****
	ゆうちょ銀行	通帳記号		
		通帳番号		
	フリガナ	〇〇〇〇	口座名義人	〇〇 〇〇

返還保険料が発生する場合は返戻先口座をご記入ください。