

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	年 月 日			社会保険労務士登録番号(法人の場合は法人番号)
異動保険期間	年 月1日 から2023年 12月1日まで		力月間	
変更内容	<input type="checkbox"/> 解約	<input type="checkbox"/> 加入者名 変更	<input type="checkbox"/> 加入者住所 変更	

【1】保険加入時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) 事務所名 代表者名				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 内容にしたい申し 込みます。
(※ フリガナ) 事 務 所 所 在 地	(〒 -)			
	TEL - -	FAX - -		

【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			
(※ 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	
追加または 返還保険料	円

【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			フリガナ		
	金融機関			支店		
	口座種類		口座番号			
	ゆうちょ銀行	通帳記号				
		通帳番号				
	フリガナ					
	口座名義人					