

以下のとおり保険契約内容の変更を依頼します。

契約内容の変更をご希望される場合、以下の必要事項にご記入のうえ、下部に記載の<依頼書送付先>にご郵送ください。
解約をご希望される場合は、この面への記入は不要です。

契約内容変更依頼書

記入日	20	年	月	日	変更日	20	年	月	日
-----	----	---	---	---	-----	----	---	---	---

この日付をもって契約内容を変更します。

変更前	契約証番号									押印欄 印	
	フリガナ										
	保険契約者 (変更前をご記入ください)										
	日中のご連絡先	-									

変更内容をお選びいただき、該当する項目に☑をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	保険契約者住所・連絡先の変更	➡ ①にご記入ください。➡ 被保険者住所もあわせて変更する場合には、▲の「①の保険契約者住所と」(同じ)に○印をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	保険の対象所在地(被保険者住所)の変更	➡ ②にご記入ください。
<input type="checkbox"/>	保険契約者名の変更(改姓、代表者名等)	➡ ③にご記入ください。➡ 被保険者名(入居者)もあわせて変更する場合には、★の「③の保険契約者名と」(同じ)に○印をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	被保険者名(入居者名)の変更	➡ ④にご記入ください。
<input type="checkbox"/>	保険契約証再発行 再発行理由 ()	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	

変更後	①	保険契約者住所	〒					連絡先	-				
		建物名	マンション名・アパート名・ビル名/号室					専有面積	m ²	戸建			
	②	保険の対象所在地	①の保険契約者住所と	〒									
		建物名	同じ	マンション名・アパート名・ビル名/号室					専有面積	m ²	戸建		
	③	保険契約者名	フリガナ									押印欄	
		生年月日	昭和	平成	西暦	年	月	日				印	
	④	被保険者名(入居者名)	③の保険契約者名と	フリガナ									被保険者を削除する
		生年月日	昭和	平成	西暦	年	月	日				はい (注1)	

代理店コード							
代理店名							

(注1) 契約者が法人(個人事業主含む)で「法人等契約の被保険者に関する特約」を適用する場合は、「はい」に○をご記入ください。被保険者名の記入は不要です。

<備考欄>

<会社使用欄>

キリトリ線

<依頼書送付先> ご送付いただく際、キリトリ線から切り取っていただき、ご利用(封筒に貼付け)ください。なお、送付に際しての切手代はお客様負担となりますので、ご了承ください。

記入方法でご不明な点は、下のフリーダイヤルまでご連絡ください。
<フリーダイヤル> 0120-0810-62
<受付時間> 平日 9:00~17:00

〒010-1633
秋田県秋田市新屋島木町1-172
宅建ファミリー共済 事務センター行

契約内容変更依頼書記入例
【紛失等で保険契約証を再発行する場合】

株式会社 宅建ファミリー共済 宛

以下のとおり保険契約内容の変更を依頼します。

契約内容の変更をご希望される場合、以下
うえ、下部に記載の「依頼書送付先」にご郵
解約をご希望される場合は、この面への記
依頼日と同日を記入
してください。

契約内容変更依頼書

記入日 20 20年 5月 10日 変更日 20 20年 5月 10日

この日付をもって契約内容を変更します。

変更前	契約証番号	A 1 2 3 4 5 6 7 8 9	押印欄
	フリガナ	チンタイ タロウ	
	保険契約者 (変更前をご記入ください)	貸貸 太郎	
	日中のご連絡先	090 - 1234 - 5678	

変更内容をお選びいただき、該当する項目に☑をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	保険契約者住所・連絡先の変更	⇒ ①にご記入ください。⇒ 被保険者住所もあわせて変更する場合には、▲の「①の保険契約者住所」と「同じ」に○印をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	保険の対象所在地(被保険者住所)の変更	⇒ ▲にご記入ください。
<input type="checkbox"/>	保険契約者名の変更(改姓、代表者名等)	⇒ ③にご記入ください。⇒ 被保険者名(入居者)もあわせて変更する場合には、★の「③の保険契約者名」と「同じ」に○印をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	被保険者名(入居者名)の変更	⇒ ★にご記入ください。
<input checked="" type="checkbox"/>	保険契約証再発行	再発行理由 (紛失したため)
<input type="checkbox"/>	その他 ()	

「その他」に☑を記入し、「保険契約証再発行」に○印をしてください。

再発行の理由を記入してください。

変更後	① 保険契約者住所	〒	-	連絡先	-	-
		都・道 府・県				
	建物名	マンション名・アパート名・ビル名/号室			専有面積	m ² (戸建)
	② 保険の対象所在地	①の保険契約者住所と	〒	-		
	建物名	(同じ)	都・道 府・県	マンション名・アパート名・ビル名/号室	専有面積	m ² (戸建)
③ 保険契約者名	フリガナ					押印欄 (印)
	生年月日	(昭和) (平成) (西暦)	年	月	日	
④ 被保険者名(入居者名)	③の保険契約者名と	フリガナ				被保険者を削除する (はい) (注1)
	生年月日	(昭和) (平成) (西暦)	年	月	日	

代理店コード
代理店名

(注1) 契約者が法人(個人事業主含む)で「法人等契約の被保険者に関する特約」を適用する場合は、「はい」に○をご記入ください。被保険者名の記入は不要です。

<備考欄>

<会社使用欄>

(依頼書送付先) ご送付いただく際、キリトリ線から切り取っていただき、ご利用(封筒に貼付け)ください。なお、送付に際しての切手代はお客様負担となりますので、ご了承ください。

記入方法でご不明な点は、下のフリーダイヤルまでご連絡ください。
<フリーダイヤル> 0120-0810-62
<受付時間> 平日9:00~17:00

〒010-1633
秋田県秋田市新屋島木町1-172
宅建ファミリー共済 事務センター行