



(幹事会社) 日本生命保険相互会社 行

記入日 令和 年 月 日 () 通中の () 通

貴社と締結しております(新)団体定期保険契約の
下記被保険者が脱退しましたので通知します。

団体名	届出印
	代表者名

記号	証券番号	事業所コード
2	5	9 16
9 3 1	1 4 6 0	

- 留意点
1. 太枠の内容を訂正された場合は、訂正印(届出印)を押印ください。
 2. 死亡の場合は「死亡(高度障害)通知書」を提出ください。当用紙は提出不要です。
 3. 本人が脱退される場合、配偶者・子どもは、本人の脱退年月日をもって自動的に脱退となりますので、記入不要です。

退社日等、当保険の被保険者資格を喪失された日を記入ください。
(例)退社:退社日 脱会:脱会日 加入範囲縮少:制度変更日の前日

被保険者名簿を参照のうえ記入ください。

配偶者...10
子ども...21~29

該当する番号を○で囲んでください。 4...平成 5...令和

被保険者氏名(カタカナ)	被保険者番号	家族区分	生年月日			脱退年月日			ニッセイ処理	
			年号	年	月	日	年号	年	月	日
セイ メイ	33	43	45	46	52	53	59	60		
			③ 昭和							
			④ 平成						○	○
			⑤ 令和							
			③ 昭和							
			④ 平成						○	○
			⑤ 令和							
			③ 昭和							
			④ 平成						○	○
			⑤ 令和							
			③ 昭和							
			④ 平成						○	○
			⑤ 令和							
			③ 昭和							
			④ 平成						○	○
			⑤ 令和							
			③ 昭和							
			④ 平成						○	○
			⑤ 令和							

その他連絡欄

ニッセイ処理欄

添付書類無

取扱

決定

受付印