

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 (2024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2025年12月1日まで	カ月間
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 <input type="checkbox"/> 加入者証再発行	

【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 容にしたがい申し込 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					

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 (2024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	2025 年 1 月 16 日
異動保険期間	2025 年 2 月1日 から2025年12月1日まで 10 カ月間
変更内容	<input checked="" type="checkbox"/> 異動保険期間は、20日申込締切・翌月1日になります。 <input type="checkbox"/> 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)	〇〇シャカイホケンロウムシジムショ	確認印
事務所名	〇〇社会保険労務士事務所 代表〇〇〇〇	個人印 または 法人印
代表者名	トウキョウト〇〇ク〇〇	
(〒 123 - 4567)		
事務所所在地	東京都〇〇区〇〇	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旨を申し込めます。
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)	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
(新) 事務所名	〇〇社会保険労務士事務所 代表〇〇〇〇
(※ フリガナ)	* * *
(新) 代表者名	(〒 * * * - * * *)
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	サイバー保険特約の追加	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の返戻先口座をご記入ください。