


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 (2023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2024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 
(※ フリガナ) 事務所 所在地	(〒 -)	TEL - -	FAX - -	

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たい申し込みます。

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

社会保険労務士賠償責任保険 変更依頼書 (2023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	2024 年 1 月 16 日
異動保険期間	2024年2月1日から2024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) 事務所名 代表者名	〇〇シャカイホケンロウムシジムシヨ 〇〇社会保険労務士事務所 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たがい申し込みます。
(※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ヨ ダイヒョウ〇〇〇〇 〇〇社会保険労務士事務所 代表〇〇〇〇
(※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	サイバー保険特約の追加
追加または返還保険料	9,680 円

変更内容につきご記入ください。

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	シンジユクシテン
	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。