公益社団法人　日本社会福祉士会　御中　　＜送付先＞　システムマネィジメント未成年後見人補償制度係

未成年後見人補償制度　変更依頼書

加入している記載の保険契約につき、変更事項が生じましたので通知いたします。

	ご記入欄
変更依頼日（記入日）	西暦　　年　　月　　日
変更日・脱退日	西暦　　年　　月　　日　　０時
変更前の未成年後見人氏名	
変更前の未成年被後見人氏名	
変更事由	該当の変更事由に「〇」をしてください。 未成年後見人の住所変更　・　未成年被後見人の住所変更 未成年後見人の変更　・　未成年被後見人の脱退 その他（　　）

■変更情報…変更が発生した情報のみご記入ください。

①未成年後見人補償制度（未成年後見業務賠償責任保険）の変更後のご加入情報	ご加入者氏名（記名被保険者）	ﾌﾘｶﾞﾅ	
		漢字	印
	ご住所	ﾌﾘｶﾞﾅ	
		漢字	〒
	ご連絡先	TEL	
		ﾒｰﾙ	

②被後見人補償制度（総合生活保険）の変更後のご加入情報	ご加入者氏名（記名被保険者）	ﾌﾘｶﾞﾅ	
		漢字	
	ご住所	ﾌﾘｶﾞﾅ	
		漢字	〒
	ご連絡先	TEL	
		ﾒｰﾙ	

■返戻先情報…保険料の返戻が発生する場合に口座情報をご記入ください。

金融機関名・コード		支店名・コード	
種目		口座番号	
名義人名（カナ）			
返戻保険料（合計）	円		

■本保険に関するお問い合わせ先

＜取扱代理店＞　有限会社　システムマネィジメント
ＴＥＬ：０３-５７２５-１２３４
住所：東京都目黒区目黒本町3-5-10-1階

＜引受保険会社＞　東京海上日動火災保険㈱　医療福祉法人部
ＴＥＬ：０３-３５１５-４１４３