**団体生命保険変更届**

**（団体定期保険用）**

**年　　　月　　　日**

**横浜市職員厚生会長**

**所属名**

**職員番号**

**（フリガナ）**

**氏　　名**　　　　　　　　　　　　　　　印

**生年月日**

　　　　　　　　　　　　　　　　**電話番号**

**次のとおり変更しましたので、届け出ます。**

※**氏名の場合は、カタカナで記入してください**。

**１　変更後**

**２　変更前**

※医療保障（引受会社：アクサ生命）に係る変更は、職員厚生会に

連絡してください。必要書類を送付します。