

変更届出書

現在加入している団体補償制度につきまして、下記のように変更いたします。

申出日(送信日)	年 月 日							
会員番号・氏名 (加入者名変更の場合は変更前氏名)		カナ 氏名						
住所 (加入者住所変更の場合は変更前住所)	〒							
連絡先電話番号 (日中に連絡のとれる番号)								
変更日	年 月 日							
変更するプラン 変更する契約に○をつけて下さい。	賠償責任保険 (勤務型A ・ 独立型B ・ フリー型D) 医療補償 ・ 休業補償 ・ 弁護士費用補償 ・ 傷害補償							
変更内容 該当するものに○をつけて下さい。 ※ご注意 ◆成年後見業務Cプラン・未成年後見業務Eプランの「解約」「受任件数変更」はできません。 退会や受任件数の相違については、所属都道府県社会福祉士会までお問合せください。 ◆住所変更と改姓以外の変更手続きの締切は毎月15日です ◆更新後、年度途中で解約する場合には、社会福祉士団体補償制度用の代理店ホームページから「解約届出書」を印刷の上、ご送付ください。 (HPIは、Googleにて、「ウーベル保険事務所」または「社会福祉士団体補償制度」と検索ください) パンフレット・約款もHPIに掲載しています。 ◆その他のお問い合わせはウーベル保険事務所(03-3553-8552)までお問い合わせください。	1. 上記「変更するプラン」の2025年度6月1日の自動更新を停止する 2. 住所・連絡先の変更 ※弊社へのご連絡とは別に、日本社会福祉士会へもご連絡下さい。<table><tr><td>新住所</td><td>〒</td></tr><tr><td>新連絡先</td><td></td></tr></table> 3. 加入者名変更(改姓等)<table><tr><td>フリガナ 新氏名</td><td></td></tr></table> 加入内容の変更 4. 【賠償責任】補償内容変更 プラン変更(A ・ B ・ D)プラン → (A ・ B ・ D)プラン オプションの変更 (現金受託 ・ スーパービジョン) 追加 ・ 削除 5. 【医療・傷害・休業補償】補償内容変更 現プランor口数 変更希望プランor口数 () → () ※補償を増やす場合は別途告知書記入が必要なため、登録住所へお送りします。 6. 【医療補償・休業補償・傷害補償・弁護士費用補償】への新規加入 ※パンフレットと申込書類を登録住所へお送りします。 7. 掛金引落とし口座の変更 →(全プランの口座を変更 ・ プランごとに口座を変更) ※新しい口座振替用紙を登録住所へお送りします。		新住所	〒	新連絡先		フリガナ 新氏名	
新住所	〒							
新連絡先								
フリガナ 新氏名								