

加入団体長または担当責任者
使用印鑑 届出書

日本生命保険相互会社 行

全国町村会
会長 荒木泰臣

(保険契約者)

フリガナ (加入団体名)
(役職名・ 加入団体長名) 印

支部コード	団体コード	枝番

貴社と締結している下記保険契約について、上記加入団体に関する所定の事務手続きの行使に使用する印鑑ならびに加入団体長(または担当責任者)を下記のとおり届出ます。

この印鑑によってなした、事務手続きに関する行為は、保険契約者の行為であることを承認し、それにとまなう一切の責任を負います。

また、印鑑および加入団体長(または担当責任者)の変更があった場合は遅滞なく貴社に届出ます。

記

新設団体の場合は、すべての項目の□にレ点チェックし記入・押印のうえ届出ます。

変更の場合は、変更する項目の□にレ点チェックし、変更後の内容を記入・押印のうえ届出ます。

項目	内容
<input type="checkbox"/> 全国町村等職員個人年金共済	970-94000-1-001
<input type="checkbox"/> 全国町村等職員任意生命保険 <input type="checkbox"/> 全国町村等職員任意医療保険	931-1988 900-95060
<input type="checkbox"/> フリガナ 加入団体名	
<input type="checkbox"/> 加入団体住所	
<input type="checkbox"/> 担当課	
<input type="checkbox"/> 連絡先電話番号	

<input type="checkbox"/> 加入団体長	<input type="checkbox"/> 担当責任者	<input type="checkbox"/> 印鑑
役職名		
氏名		

以上

ニッセイ 処理欄	受付印	<input type="checkbox"/> 共通	C/S	法人SC(原本)	本店(コピー) 送付日 (/)	5桁CD付与			HLtbl	HL事F	CV1	BGJK1	医療JK1
	<input type="checkbox"/> HL <input type="checkbox"/> BG	<input type="checkbox"/> HL <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> なし					<input type="checkbox"/> 不要	確認		<input type="checkbox"/> 作成要 <input type="checkbox"/> 完了	<input type="checkbox"/> 作成要 <input type="checkbox"/> 完了	<input type="checkbox"/> 作成要 <input type="checkbox"/> 完了	<input type="checkbox"/> 作成要 <input type="checkbox"/> 完了

