

# 契約内容変更依頼書

賃貸入居者総合保険

東日本少額短期保険株式会社 御中 (旧 ライフエイド少額短期保険)

下記の通り保険契約内容の変更を依頼します。

改姓・商号変更などの場合は、その事実が確認できる公的書類のコピーを併せてお送り下さい。

【個人】運転免許証(両面)、住民票など 【法人】履歴事項全部証明書(登記簿謄本)

必ずご記入下さい	記入日	年 月 日	変更日	年 月 日
	証券番号/ 契約管理番号			
	(現)契約者 (署名・押印)	①		
	連絡先TEL	-		

※個人の場合は、ご署名のみで構いません。(押印は不要です)  
※法人の場合は、代表者の役職・氏名を記入の上、法人代表印を押印ください。

変更事由		変更後の内容		
変更のある項目について記入・押印して下さい。	① <input checked="" type="checkbox"/>	<b>契約者名</b> 契約者変更 改姓・商号変更 法人代表者変更など	<input checked="" type="checkbox"/> 改姓/商号変更  <input checked="" type="checkbox"/> 契約者変更	フリガナ 押印欄 ① 法人の場合は、代表者の役職・代表者名もご記入下さい。 生年月日 年 月 日
	② <input checked="" type="checkbox"/>	<b>契約者名 住所・連絡先</b> 移転・転居	〒 - 都道府県	お電話番号 ( ) -
	③ <input checked="" type="checkbox"/>	<b>被保険者名 (入居者名)</b> 入居者の 変更・改姓など	変更後の 契約者(①)と同じ  <b>異なる場合</b> →	<input checked="" type="checkbox"/> 改姓  <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者変更 フリガナ 生年月日 年 月 日
	④ <input checked="" type="checkbox"/>	<b>入居物件 住所・連絡先</b> お引越し等による 入居物件の変更	変更後の 契約者(②)と同じ  <b>異なる場合</b> →	〒 - 都道府県 お電話番号 ( ) -
	⑤ <input checked="" type="checkbox"/>	<b>その他</b> 具体的にご記入 下さい		

会社使用覧

決済	担当

# 契約内容変更依頼書

# ご記入例

下記の通り保険契約内容の変更を依頼します。

必ず記入・押印して下さい	記入日	2020年3月31日	変更日	2020年5月1日
	証券番号/ 契約管理番号	SW000000		
	(現)契約者 (署名・押印)	来福 花子 <span style="float: right;">㊟</span>		
	連絡先TEL	090 - 0000 - 0000		

変更事由		変更後の内容		
変更のある項目について記入・押印して下さい。	① <input checked="" type="checkbox"/>	<b>契約者名</b> <small>契約者変更 改姓・商号変更など</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 改姓/商号変更 <input checked="" type="checkbox"/> 契約者変更	フリガナ <b>ヤマダ ハナコ</b> <b>山田 花子</b> 生年月日 <b>1980年 1月 1日</b> 押印欄 <span style="float: right;">㊟</span>
	② <input checked="" type="checkbox"/>	<b>契約者名 住所・連絡先</b> <small>移転・転居</small>	〒 XXX - XXXX 東京都 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ○○マンション XXX号室	お電話番号 ( ) -
	③ <input checked="" type="checkbox"/>	<b>被保険者名 (入居者名)</b> <small>入居者の 変更・改姓など</small>	<input type="checkbox"/> 改姓 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者変更 変更後の契約者(①)と同じ 異なる場合 →	フリガナ 生年月日 年 月 日
	④ <input checked="" type="checkbox"/>	<b>入居物件 住所・連絡先</b> <small>お引越し等による 入居物件の変更</small>	<input type="checkbox"/> 改姓 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者変更 変更後の契約者(②)と同じ 異なる場合 →	〒 - 都道 府県 お電話番号 ( ) -
	⑤ <input checked="" type="checkbox"/>	<b>その他</b> <small>具体的にご記入 下さい</small>		

会社使用覧

決済	担当

# ご郵送方法

- ① 定形封筒をご用意頂き、ご記入頂いた手続き書類を封入、封緘して下さい。
- ② 本紙右側の宛名用紙を点線で切り取り、をご用意頂きました封筒の宛名面に糊付けして下さい。（用紙の左上角を封筒の角に合わせて貼り付けてください）
- ③ 封筒裏面に、差出人様のお名前、ご住所を必ずご記入下さい。
- ④ ポストに投函して下さい。（切手は不要です。）



料金受取人払郵便

0 6 0 8 7 8 8



2 1 1

差出有効期間  
2026年2月28  
日まで  
(切手不要)

< 定形郵便 >

(受取人)  
札幌市中央区大通西17丁目1-5  
ノワム大通ビル6F  
東日本少額短期保険 株式会社  
カスタマーサービス係



キ  
リ  
ト  
リ

キ  
リ  
ト  
リ