

# 保険料振替口座・保険料払込用クレジットカードの変更希望申出書

- 「保険料振替口座」または「保険料の払込みにご利用のクレジットカード」の変更のご希望についてご記入いただき、ご記名・ご捺印のうえご郵送ください。  
お申し出いただいた「保険料振替口座」または「保険料の払込みにご利用のクレジットカード」の変更のご希望について、弊社に到着した営業日以降にご契約者へ変更に必要な手続き書類をお送りする手配をいたします。
- ご契約者からこの書面を弊社へご郵送いただくだけでは変更手続きは完了しません。  
弊社からご契約者へご契約内容に応じた変更に必要な手続き書類をお送りします。お送りする変更に必要な手続き書類に必要事項をご記入・ご捺印のうえ弊社へご返送ください。  
ご契約者からの変更に必要な手続き書類が弊社に到着した後に、保険料の払込みにご利用の預貯金口座またはクレジットカードの変更の手続きを行います。  
新たにお申し出いただく預貯金口座、クレジットカードでの保険料払込み開始日は、変更手続きが完了した際にお送りする「手続き完了の書類（変更承認書）」にてご確認ください。
- 通帳届出印を用いずに開設した預貯金口座へ保険料払込み口座を変更される場合、後日お送りする変更に必要な手続き書類（預金口座振替依頼書）のご記入の際に、ご契約者から金融機関へ印鑑（またはそれに代わるもの）の有無などについてご確認ください。  
また、保険料収納代行会社が提携していない金融機関の預貯金口座は、保険料の払込み口座としてご指定いただけません。
- ご変更をお急ぎの場合は、お問い合わせ先一覧の電話番号へご連絡ください。

## 1 保険料振替口座・クレジットカードの変更のご希望のお申し出日（投函日をご記入ください。）

西暦  年  月  日

## 2 証券番号

保険料振替口座・クレジットカードの変更を行いたい、有効なご契約を複数お持ちの場合は、全ての証券番号をご記入ください。

## 3 ご契約者名

(フリガナ)	セイ	メイ
(漢字)	姓	名

## 4 ご契約者の生年月日

(大正)・(昭和)・(平成)  年  月  日

## 5 ご契約者のご住所・お電話番号

郵便番号 〒  -

 (フリガナ)

ご住所

お電話番号①  -

お電話番号②  -

弊社にご登録されているお電話番号をご記入ください。  
複数のお電話番号を弊社に登録されている場合にご記入ください。

## 6 保険料振替口座・クレジットカードの変更のご希望

- 保険料振替口座（保険料払込み預貯金口座）の変更を希望します。  
 保険料払込みに利用しているクレジットカードの変更を希望します。

○をお付けください。

保険料払込み方法の変更(口座振替からクレジットカードへの変更、クレジットカードから口座振替への変更)を承ることはできません。

## 7 ご契約者のご記名・ご捺印

 印

アメリカンホーム医療・損害保険株式会社へ  
保険契約についての上記変更の希望を  
申し出ます。

## 8 ご連絡先

日中にご連絡が取れるお電話番号（平日 9-17 時）

 - 

お申し出いただいた変更希望について、  
弊社からお尋ねすることがあった場合の  
ご連絡先です。

※ご記入漏れがないか、ご確認くださいませよう願いたします。

# 書類をご送付いただく方法について

↓封筒に貼っていただく「弊社への郵送先のあて先」

(受取人)

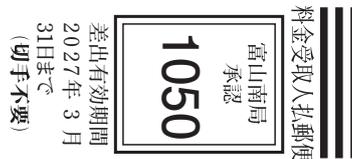
富山南郵便局 私書箱第8号

アメリカンホーム医療・損害保険株式会社

カスタマーサービスセンター 行



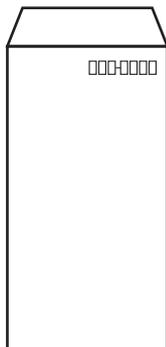
重要書類在中



9398790

<切り取り線>

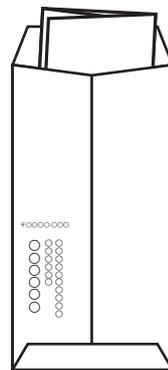
1. 定型封筒をご用意ください。



4. 1枚目に必要事項をご記入いただき、ご記名・ご捺印のうえ、封筒に入れて、封緘ください。

「保険料振替口座・保険料払込用クレジットカードの変更希望申出書」は、折っていただいて構いません。

封筒の裏面に差出人の〒、ご住所、お名前をご記入ください。



2. 上記のあて先を切り取り線に沿って切ってください。

3. 封筒のあて名面へ切り取った上記のあて先を糊で貼ってください。



5. 郵便ポストへご投函ください。

※切手は不要です。(ご用意いただく定型封筒はお客様のご負担になります。)