

明治安田生命保険相互会社 御中

フォームID DC 2406

020999022997

契約者記入欄

貴社約款の規定により、下記契約の保険金または給付金を請求します。
なお、下記受取人（代表受取人選任届に記入の受取人を含む）は契約上の指定受取人に相違ないことを確認いたしました。

証券番号 (Grid)

被保険者番号: 00000007801234

被保険者区分:  所属員本人  配偶者  こども  会社負担分

被保険者カナ氏名: キョウサイ タロウ

契約者(代理人)
住所: 島根県松江市千鳥町20番地ホテル白鳥2階
団体名: 島根県市町村職員共済組合
代表者役職・氏名: 理事長 近藤 宏樹

請求項目
 死亡  リビング・ニーズ
 高度障害  障害
 特定疾病 (  7大疾病  上皮内がん等 )
 入院・手術・放射線  先進医療
 就業不能  保険料払込免除

被保険者が賞与時払(ボーナス払)コースに加入の方のみ
賞与時払保険料の取扱い
 所属員本人  配偶者  こども  会社負担分
下記いずれかにチェック  してください。
 保険金より相殺  他の加入者と一括支払い(払込済みも含む)

受取人記入欄

別紙記載の〈個人情報のお取扱について〉の同意事項を確認し、同意のうえ、請求します。
なお、貴社が必要と認めた場合には、請求内容の事実の確認を医療機関等に行なうことを承諾します。

- 「保険金」・「給付金」の受取人が2名以上になる場合
受取人全員の協議により代表者として選任された私が代表して請求します。
なお、本請求について後日利害関係人から異議の申し出があっても全受取人が連帯して責任を負い、貴社に一切迷惑をかけません。
●別紙記載の〈支払調書が作成される場合〉
受取人(委任者)は、上記「契約者(契約者から委託を受けた者がいる場合はその受託者)」を代理人として定め、当該代理人を通じて、保険取引に関する支払調書作成事務のため、当該委任者の個人番号(マイナンバー)を明治安田生命保険相互会社に申告いたします。

受取人(委任者)
氏名: フリガナ キョウサイ タロウ 姓 性別 (男) (女) 生年月日 (大正)(昭和)(平成)(令和)
住所(自宅): 〒0000 0000 フリガナ マルマル マルマル マルマル 島根(都道府県) 〇〇市〇〇町〇〇番地
電話:  で自宅  お勤め先  携帯  その他 親権者・後見人署名欄: フリガナ  届印

振込先口座
金融機関名: ○ ○ (銀行) (信託) (農協) (信金) (労働金庫) (信組)
金融機関コード: ○ ○ ○ ○
本支店名: △ △ (支店) (本店) (出張所)
本支店コード(店番): △ △ △
預金種目:  普通・総合  当座
口座番号: 0123456
口座名義人(カナ): キョウサイ タロウ
受取人以外への口座へ送金を希望される場合、受取人がご記入・押印ください。
受領代行委任届
当保険金・給付金の請求にあたり、記載の口座名義人へ送金ください。
受取人から見た口座名義人の続柄 [ ]  届印

被保険者住所
※被保険者と受取人のご住所が異なる場合のみご記入ください。
〒 [ ] [ ] (都道府県)