

団体保険 保険金・給付金請求書



アクサ生命保険株式会社 御中

請求日 平成 年 月 日

本「請求書」表紙記載の個人情報の取扱についての説明事項を確認し、個人情報の取扱について同意の上、下記契約の保険金・給付金の支払を請求いたします。また、保険金・給付金の請求にあたり、戸籍謄本等添付書類に記載の個人情報が生命保険会社へ第三者提供されることに対して、本人の同意を取得しました。

加入者(被保険者)	顧客番号 5 5 1 2 7	制度番号	入金番号	団体名 パナソニック株式会社	営業所
	種類 6 0 3 4 8 8	契約番号	補足 入金番号	事業所(所属番号) 1	事業所(所属番号) 2
				事業所(所属番号) 3	事業所(所属番号)
	加入者番号	区分	カタカナ(姓) 氏名	(名)	性別 ① 男 ② 女
				生年月日 年 月 日	経担当 理印

代理店…事業所2, 3を記入ください チェーン店…事業所1, 2, 3を記入ください
契約内容を必ず記入ください

契約内容欄	保障名称	保険金額
①	主契約	円
②	ガン死亡特約	円
③	災害保障特約	円
④	災害割増特約	円
⑤	入院給付金付災害割増特約	円
⑥	傷害特約	円
⑦		円

電話番号	06-6908-1121	郵便番号	571-8501
住所	門真市大字門真1006		
団体名	パナソニック株式会社		
代表者名	[登録印]		

- 受取人が2名以上の場合は、「代表保険金受取人選任届」に記名・捺印願います。
- 受取人の印鑑証明書は必ず提出してください。受取人が未成年の場合は、親権者（後見人）の印鑑証明書は必ず提出してください。
- 受取人が未成年で本人名義の口座がない場合は、親権者（後見人）の口座を記入してください。
- 下記支払方法にて支払金が振込まれた場合には、領収書をご提出いただく必要はありません。

〒	-	TEL ()
フリガナ		
漢字	都道府県	市区

フリガナ	請求・同意印
受取人	[印]
親権者(後見人)代理人	請求・同意印
	[印]

※送金先は受取人名義の口座に限ります。

支払方法	1. 銀行口座	8. ゆうちょ銀行総合口座
金融機関名	銀行 信用組合 金融機関コード	ゆうちょ銀行
支店名	本店 支店 出張所 支店コード	
預金種目	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄	記号 1 0
口座番号(右詰)		通帳番号 1
口座名義人	カタナ	
	漢字	

別名義口座指定届注	私(受取人)は、支払金の支払方法として銀行振込を選択するにあたり、私名義の口座ではなく、私と同居または生計を一にする親族名義の口座を指定します。ついては、本請求にかかる支払金は同口座にお振り込みいただくよう依頼します。なお、本件指定に関しては、私が全責任を負い、貴社には一切ご迷惑をお掛けしないことを確約します。	受取人との続柄	請求・同意印
			[印]

パナソニック 受理日	アクサ生命 受理日 1	アクサ生命 受理日 2

代表保険金受取人選任届

団体保険

アクサ生命保険株式会社 御中

提出日 平成 年 月 日

左記保険金請求の代表保険金受取人を下記の通り定めます。ついては、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た場合は、下記保険金受取人全員が連帯して責任を負い貴社に対し一切の迷惑をかけません。

*保険金受取人が一名の場合は、記入不要です。

代表保険金受取人	住所	被保険者との続柄 ()
	氏名	[印鑑証明印]
	親権者(後見人)	[印鑑証明印]
保険金受取人	住所	被保険者との続柄 ()
	氏名	[印鑑証明印]
	親権者(後見人)	[印鑑証明印]
	住所	被保険者との続柄 ()
	氏名	[印鑑証明印]
	親権者(後見人)	[印鑑証明印]
	住所	被保険者との続柄 ()
	氏名	[印鑑証明印]
	親権者(後見人)	[印鑑証明印]
	住所	被保険者との続柄 ()
	氏名	[印鑑証明印]
	親権者(後見人)	[印鑑証明印]

1. 保険金受取人全員が記名捺印し、印鑑証明書を添付してください。
2. 保険金受取人が未成年者のときは、親権者（後見人）が連記捺印し、親権者（後見人）の印鑑証明書を提出してください。

保険会社使用欄	加入内容	加入日 年 月 日	S 変経過	① 1 年 月 日 万円 備考	受付日1 / 備考
		② S 万円	特 1 年 月 日 万円		
		特 S 万円	③ 2 年 月 日 万円		
		入金確認 年 月 日	特 2 年 月 日 万円		
査定	受取人	配当更新日	支払日	受付日2 / 備考	
確定	死亡日	支払方法			
	障害固定日	(級 号 %)	所管長 検 係		
既払P	① S 円 合計 (③+④+⑤)				
	特 S 円				

保険会社用