

# マイプラン保険給付金請求書 記入例

## 【一時金受取】

- ご記入にあたって
- ・ 黒色のボールペン（消せるボールペンは不可）でご記入ください。
  - ・ 記入内容を訂正される場合には、二本線で抹消し、押印してください。※修正テープ・修正液は不可
  - ・ 押印欄はありません。記入を訂正される場合のみ訂正箇所には訂正印を押印ください。

- 1 契約者記入欄**  
 加入者番号：社員番号  
 加入者名：戸籍氏名  
 ※旧姓名は該当の場合のみ記入
- 2 受取人(委任者)**  
 区分：加入者本人  
 電話番号はできる限り携帯電話のご記入をお願いします。不備などがあつた場合にご連絡します。
- 3 送金先口座**  
 加入者本人名義口座をご指定ください。  
 ゆうちょ銀行を指定の場合には「記号・番号」ではなく、振込用支店名（漢数字3桁）、口座番号（7桁）をご記入ください。
- 4 ご請求事由**  
 在職中の脱退：中途脱退  
 ※再雇用期間中含む  
 退職に伴う脱退：退職脱退
- 5 受取方法**  
 全額一時金受取

**抛出型企業年金保険給付金請求書(一般・コース選択用)** (個人番号申告にかかる委任状)  
 明治安田生命保険相互会社 御中  
 提出日 年 月 日 DB 1003

**契約者記入欄** 下記の請求書を提出いたしますので、保険契約協定書に基づく給付金をお支払ください。記載事項に相違ないことを証明します。

団体番号 32- - - - -  
 補助コード  
 加入者番号 0000054321  
 生年月日(西暦) 1951年05月01日  
 加入者名(カタカナ) ソニー ハナコ  
 旧姓名(カタカナ)  
 契約者(代理人) 所在地 団体名 代表者名  
 弊社使用欄

**受取人記入欄** P2記載の(個人情報のお取扱い 1:個人番号を除く個人情報のお取扱い)の内容に同意のうえ請求します。  
 ●100万円を超える一時金等を受け取る場合、加入者が年額20万円を超える年金を受け取る場合、ご遺族が年金を受け取る場合  
 受取人(委任者)は、契約者(代理人)(契約者から委任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、明治安田生命保険相互会社との保険取引に関する支払調書作成事務に利用するために、当該代理人を通じて受取人(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。

氏名 フリガナ ソニー ハナコ 区分  加入者本人  
 漢字 ソニー 花子  遺族  
 その他  
 住所 フリガナ トウキョウト ミナトク コウナン  
 漢字 東京 港 港南  
 〒 108 0075  
 丁目 1-7-1  
 番 1  
 号 7  
 丁目 1  
 番 7  
 号 1  
 電話番号 0120-58-6633  
 性別  男  女 生年月日(西暦) 年 月 日  
 続柄 親権者後見人 後見監督人氏名

**送金先口座** 金融機関名 ゆうちょ  銀行  協賛 信金  信託  出張所  
 金融機関コード 本支店コード(店番) 預金種目  普通・総合  当座  口座番号 00000001  
 口座名義人(カタカナ) ソニー ハナコ  
 加入者 加入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 市区町村

**ご請求事由**  全額一時金受取  中途脱退  退職脱退  払込満了  死亡脱退 死亡日(西暦) 年 月 日

**受取方法(意向把握欄)**  全額一時金受取 ※こちらに「」された場合、下記への記入は不要です。  
 全額年金受取  
 月額一時払退職後終身保険の保険料に充当  

A 年金原資(年金受取)		円充当
B 一時払退職後終身保険の保険料…(資産形成、死亡・高度障害の保障)		円充当
C 医療保険の保険料(病気・けがでの入院・手術の保障)		円充当

 残りは一時金で受け取ります  

A 一時金		円充当
B 一時払退職後終身保険の保険料…(資産形成、死亡・高度障害の保障)		円充当
C 医療保険の保険料(病気・けがでの入院・手術の保障)		円充当

 残りは年金原資(年金受取)に充当します  
 医療取扱生命 生命  
 年金開始年月(西暦) 年 月 日  
 年金種類  繰延しない  繰延する  
 確定年金 年  
 保証期間付終身年金 年  
 定額型  
 通増型 %  
 支払額二段階型  
 退職時一時積増 積増金額 円 払込予定日 年 月 日  
 配偶者特別付年金  配偶者氏名(カタカナ) 性別  男  女 生年月日(西暦) 年 月 日  
 M.Y.使用欄 本人確認書類  あり  なし 戸籍謄本  あり  なし マイ№申告書  あり  なし マイ№確認書類  あり  なし  
 (保存年限10年) MY-BH-17-他-000220 79635 19.05

### ◆必要書類

<input type="checkbox"/>	抛出型企業年金保険給付金請求書	
<input type="checkbox"/>	個人番号(マイナンバー)確認書類(写し)	一時金受取額が100万円を超える方

※個人番号カード(裏面)、通知カード、個人番号の記載がある住民票の写し のいずれか1点のコピー  
 個人番号(マイナンバー)確認書類(写し)のみお手持ちの封筒に封入のうえ、ご提出をお願いいたします。

### ◆書類の提出先

<社内送達便> ガーデンシティ品川御殿山3F (株)NSF-E ソニーグループ保険カスタマーセンター  
 <郵送> 〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-29 ガーデンシティ品川御殿山3F  
 (株)NSFエンゲージメント ソニーグループ保険カスタマーセンター