

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を押印してください。

**1 契約者記入欄**

加入者番号：社員番号  
 加入社名：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**

・ 年金繰延  
 最短の年金受取年月より受取開始する場合には「繰延しない」をご選択ください。

年金受取の繰延は「繰延する」を選択し、年金開始年月をご指定ください。繰延可能期間は脱退後10年以内です。

**SI 拠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いください。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

契約者(代理人)所在地 団体名 代表者名 弊社使用欄

旧姓名(カタカナ)

保険料払込最終月(西暦) 年 月 標準払 年 月 ポーナス払 年 月

**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、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 漢字 ソニー 花子 区分  加入者本人  遺族  その他

住所 市区町村 フリガナ トウキョウト ミナトク コウナン 東京 港 港南 丁目・番地 1-7-1 ワカハ・ハイツ203 カナ数字 1080075 電話番号 0120-58-6633

本人以外の方が請求手続きを行なう場合のみ、ご記入ください。続柄 性別  男  女 生年月日(西暦) 年 月 日 親権者・後見人が請求手続きを行なう場合のみ、ご記入ください。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  農協  信金  信組 本店名 〇一五  支店  出張所  営業部 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 0000001 口座名義人(カタカナ) ソニー ハナコ

加入者 都道府県 市区町村

ご請求事由をご選択ください  中途脱退  退職脱退  払込満了  死亡脱退 死亡日(西暦) 年 月 日

↓いずれかを選択(☑)してください。年金受取を選択された場合は右記も記入ください。

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  
 全額一時払退職後終身保険の保険料に充当

**受取方法(意向把握欄)**

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・高齢の保障)	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

残り是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・高齢の保障)	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

残り年金原資(年金受取)に充当します

年金の種類  繰延しない 年金開始年月(西暦) 年 月 日  繰延する 年 月 日  確定年金 年 月 日  保証期間付終身年金 年 月 日  定額型

年金の型  普通型  掛金払込完了後掛金2倍増

医療取扱生命 生命

退職時一時積立 積立金額 円 払込予定日 年 月 日

配偶者特則付年金  配偶者氏名(カタカナ) 性別  男  女 生年月日(西暦) 年 月 日

MY使用欄 本人確認書類  あり  なし 戸籍謄本  あり  なし マイNo申告書  あり  なし マイNo確認書類  あり  なし

(保存年限10年) MY-BH-17-他-000220 79635 19.05

**6 退職時一時積立**

退職時一時積立を希望する場合には、こちらにご記入のうえ、退職時一時積立申込書も合わせてご提出ください。

**7 夫婦連生終身年金**

15年保証期間付夫婦連生終身年金を選択される方はご記入ください。

掛金払込完了年齢60歳以上の方のみ選択可能です。(定年退職前の脱退の場合には選択不可)

**年金原資に1,000万円充当し、  
差額を一時金で受け取る場合**

年金繰延を選択される場合  
年金支払開始月は「2・5・  
8・11月」のいずれかより  
ご指定ください。

↓ABCそれぞれ該当箇所を選択(☑)してください。

受取方法(意向把握欄)	<input type="checkbox"/> 全額年金受取		
	<input type="checkbox"/> 全額一時払退職後終身保険	選択不可	
	<input checked="" type="checkbox"/> <b>A 年金原資(年金受取)</b>	10,000,000	円充当
	<input type="checkbox"/> <b>B 一時払退職後終身保険の保険料</b> (資産形成、死亡・高度障害の保障)	選択不可	
	<input type="checkbox"/> <b>C 医療保険の保険料</b> (病気・けがでの入院・手術の保障)	選択不可	
	残りは一時金で受け取ります		
	<input type="checkbox"/> <b>A 一時金</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>B 一時払退職後終身保険の保険料</b> (資産形成、死亡・高度障害の保障)	選択不可	
	<input type="checkbox"/> <b>C 医療保険の保険料</b> (病気・けがでの入院・手術の保障)	選択不可	
	残りは年金原資(年金受取)に充当します		

  

<b>A 年金繰延</b>	<input type="checkbox"/> 繰延しない	年金開始年月(西暦)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 繰延する	2029年	11月
<b>B 年金種類</b>	<input type="checkbox"/> 確定年金	10年	
	<input type="checkbox"/> 保証期間付終身年金		
<b>C 年金の型</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 定額型		
	<input type="checkbox"/> 逓増型		%
	<input type="checkbox"/> 支払額二段階型	選択不可	

医療取扱生命  生命

退職時一時積増 積増金額 円 払込予定日 年 月 日

**一時金として100万円を受け取り、  
差額を年金原資に充当する場合**

↓ABCそれぞれ該当箇所を選択(☑)してください。

受取方法(意向把握欄)	<input type="checkbox"/> 全額一時金受取		
	<input type="checkbox"/> 全額年金受取		
	<input type="checkbox"/> 全額一時払退職後終身保険	選択不可	
	<input type="checkbox"/> <b>A 年金原資(年金受取)</b>		円充当
	<input type="checkbox"/> <b>B 一時払退職後終身保険の保険料</b> (資産形成、死亡・高度障害の保障)	選択不可	
	<input type="checkbox"/> <b>C 医療保険の保険料</b> (病気・けがでの入院・手術の保障)	選択不可	
	残りは一時金で受け取ります		
	<input checked="" type="checkbox"/> <b>A 一時金</b>	1,000,000	円充当
	<input type="checkbox"/> <b>B 一時払退職後終身保険の保険料</b> (資産形成、死亡・高度障害の保障)	選択不可	
	<input type="checkbox"/> <b>C 医療保険の保険料</b> (病気・けがでの入院・手術の保障)	選択不可	
	残りは年金原資(年金受取)に充当します		

  

<b>A 年金繰延</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 繰延しない	年金開始年月(西暦)	
	<input type="checkbox"/> 繰延する		
<b>B 年金種類</b>	<input type="checkbox"/> 確定年金		
	<input checked="" type="checkbox"/> 保証期間付終身年金	15年	
<b>C 年金の型</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 定額型		
	<input type="checkbox"/> 逓増型		%
	<input type="checkbox"/> 支払額二段階型	選択不可	

医療取扱生命  生命

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) **ソニー タロウ** 性別  男  女 生年月日(西暦) **1955年 3月 1日**

15年保証期間付夫婦連生終身年金を選択する場合、  
配偶者様の情報についてご記入ください。  
掛金払込完了年齢60歳以上の方のみ選択可能です。  
(定年退職前の脱退の場合には選択不可)

**◆必要書類**

<input type="checkbox"/>	拠出型企業年金保険給付金請求書	
<input type="checkbox"/>	退職時一時積立申込書 マイプラン用	退職時一時積立 希望者
<input type="checkbox"/>	個人番号(マイナンバー)確認書類(写し)※	・年金年額が20万円を超える方 ・一時金受取額が100万円を超える方
<input type="checkbox"/>	配偶者の記載された戸籍謄本 または 社員本人との続柄が明記された住民票 ※発行日より3か月以内の原本	15年保証期間付夫婦連生終身年金を選択される方

※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点のコピーを、  
中身が見えないよう、お手持ちの封筒に入れて、給付金請求書と一緒に提出ください。

**◆書類の提出先**

<社内送達便> ガーデングレイス品川御殿山3F (株)NSF-E ソニーグループ保険カスタマーセンター  
<郵送> <郵送> 〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-29 ガーデングレイス品川御殿山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