マイプラン用

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	
生年月日（西暦）	年　月　日
契約者（代理人）〔所在地 団体名 代表者名〕	印
加入者名（カタカナ）	旧姓名（カタカナ）
保険料払込最終月（西暦）	平準払　年　月　ボーナス払　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。

受取人（委任者）

氏名	フリガナ	区分：□加入者本人 □遺族 □その他
	漢字	
住所	市区町村　フリガナ　〒　都道府県　区郡市	
	丁目・番地　カナ 数字 英字	電話番号
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　印	後見監督人氏名　印

送金先口座

金融機関名	□銀行 □農協 □信金 □労金 □信組	本支店名	□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
口座名義人（カタカナ）			

加入者住所

※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　区郡市

ご請求事由をご選択ください

↓いずれかを選択（☑）してください。死亡脱退の場合は加入者の死亡日も記入ください。

□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。

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

□ 全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

↓ABCそれぞれ該当箇所を選択（☑）してください。

A 年金繰延
- □繰延しない
- □繰延する → 年金開始年月（西暦）　年　月

B 年金種類
- □確定年金　年
- □保証期間付終身年金　年

C 年金の型
- □定額型
- □逓増型　%
- □支払額二段階型

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

配偶者特則付年金を選択する方 □　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	マイNo.確認書類	□あり

当社受付日

積年G受付日

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