

グループ保険(団体定期保険)「死亡保険金受取人指定書」記入例

お願い

- 記入例をご参考に①～⑦について必要事項をご記入・押印ください。
- 「*印」の項目は全て被保険者が自署・押印ください。(消せるペンによる記入は不可)
- 受取人の人数が2名以上の場合、変更される方だけでなく受取人全員の氏名をご記入ください。
- 死亡保険金受取人は原則2親等以内の血族または同一戸籍の配偶者をご指定ください。
- ご記入が完了しましたら、(株)NSFエンゲージメント宛にお送りください。

書類提出先

社内送達便または返信用封筒にてご提出ください。

- 社内送達便宛先
ガーデンシティ品川御殿山 3F
株式会社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
- 郵送先
〒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
株式会社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

① 給与原籍会社名、所属名、日中連絡先をご記入ください。

② この「死亡保険金受取人指定書」を記入した日付をご記入ください。

⑥ 受取人の人数、死亡保険金受取人に指定される方の氏名をカタカナでご記入ください。

割合は死亡保険金受取人が1名の場合は「00」とご記入ください。
2名以上の場合合計100%となるようご記入ください。

③ 被保険者(社員ご本人)の氏名をカタカナでご記入、押印ください。

※スタンプ印、日付印は不可。
※内容を訂正される場合は、二重線で抹消後、訂正印(こちらと同一印)を押印のうえ、正当内容をご記入ください。
※海外赴任中の方、日本国内に居住する外国籍の方で印鑑をお持ちでない場合に限り、フルネームサインでのお取扱いが可能です。

④ 被保険者(社員ご本人)の生年月日をご記入ください。

⑤ 社員番号をご記入ください。

団体定期保険 死亡保険金受取人指定書

給与原籍会社名 ○○○○株式会社 日中連絡先 03 - 1234 - 5678

所属名 △△△△部

日本生命保険相互会社 行

以下の内容に相違ないことを確認のうえ、死亡保険金受取人を指定(変更)します。
なお、この保険にかかわる個人情報の取扱いについて、以下(個人情報の取扱い)を確認のうえ、同意します。
また、当指定書にて指定した死亡保険金受取人(以下、受取人といいます。)の個人情報についても、加入対象者(被保険者)の個人情報と同様に取扱われる旨受取人に説明し、個人情報の取扱いについての同意を得ました。

被保険者記入日 令和3年9月11日

被保険者名 セイ タロウ 印

商品区分 193 証券番号 3625000 事業所コード 123456 被保険者番号 3460211

取人の人数	氏名(カタカナ・濁点1マス)	割合(%)
1	ソニー ハナ	00
0.2		
0.3		
0.4		
0.5		

⑦ 続柄コードその他「9」を指定する場合のご注意

死亡保険金受取人は原則、「2親等以内の血族、または同一戸籍の配偶者」のいずれかをご指定ください。該当される方がいない場合は、日本生命にその旨を申請し、承認を得る必要があります。続柄コード欄に「9」とご記入のうえ、詳細続柄欄に被保険者との関係をご記入ください。



団体定期保険
新団体定期保険

死亡保険金受取人指定書

給与原籍会社名

所属名

日中連絡先

(※)

日本生命保険相互会社 行

団体発送日 令和 年 月 日

以下の内容に相違ないことを確認のうえ、死亡保険金受取人を指定（変更）します。
 なお、この保険にかかわる個人情報の取扱いについて、以下〈個人情報の取扱い〉を確認のうえ、同意します。
 また、当指定書にて指定した死亡保険金受取人（以下、受取人といいます。）の個人情報についても、加入対象者（被保険者）の個人情報と同様に取扱われる旨受取人に説明し、個人情報の取扱いについての同意を得ました。

* 被保険者記入日 令和 年 月 日

団体名			届出印
* 被保険者名 (カタカナで記入ください。)	セイ	メイ	印

商品区分	記号	証券番号	変更コード	ニッセイ処理欄 処理年月日				事業所コード	被保険者番号	家族区分
				年号	年	月	日			
1	93		362500							

ニッセイ処理欄 発行課	被保険者生年月日				ニッセイ処理欄 受取人変更日			
	年号	年	月	日	年号	年	月	日
42	45	46			52	53		58

本人=00 配偶者=10 昭和=3 平成=4 令和=5

* 受取人の人数	ニッセイ処理欄 パンチ要否	カードNo.	* 死亡保険金受取人 (姓と名の間は1マス空けて記入ください。)				SKIP	* 続柄コード	* 詳細続柄	* 割合 (%)	ニッセイ処理欄 詳細続柄コード	SKIP	
			氏名 (カタカナ・濁点1マス)									74	97
名	<input type="radio"/>	01											
		02											
		03											
		04											
		05											

〈個人情報の取扱い〉
 この保険契約は、団体を保険契約者とする企業保険です。そのため、この保険契約の運営にあたっては、団体は加入対象者の個人情報（氏名・性別・生年月日・健康状態等）を取扱い、団体が保険契約を締結した引受保険会社（共同引受会社を含みます。以下同じ。）へ提出します。団体は、この保険の運営において入手する個人情報を、この保険契約の事務手続きのため使用します。
 引受保険会社は受領した個人情報を各種保険の引受け、継続・維持管理、給付金・保険金等の支払い、その他保険に関連・付随する業務のため利用し、また団体および他の共同引受会社等へその目的の範囲内で提供します。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き団体および引受保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取扱われます。なお、引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社へ提供されます。
 注）保健医療等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保、その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。
 〈死亡保険金受取人の個人情報の取扱いについて〉
 指定された死亡保険金受取人（以下、「受取人」といいます。）の個人情報については、上記の加入対象者（被保険者）の個人情報と同様に取扱われますので、お申込みにあたっては、受取人にその旨をご説明いただき、個人情報の取扱いについての同意を取得してください。

ニッセイ処理欄		受付印
担当者(所属・氏名)	部(課)・支社	
受付日: 令和 年 月 日		
【受領方法】		取扱 決定
<input type="checkbox"/> 直接受領 <input type="checkbox"/> 郵送受領: 消印日 (令和 年 月 日)		
597625B	発行	印
保険金受取人変更		

(お願い)
 ○必要項目を洩れなく記入し、押印のうえ提出ください。
 ○「*印」の項目は、全て被保険者が自書・押印ください。
 ○受取人の人数が2名以上の場合、変更される方だけでなく受取人全員を記入ください。
 ○死亡保険金受取人は原則2親等以内の血族または配偶者を指定ください。
 (留意事項)
 受取人変更の効力発生日は、保険契約者（団体）が引受保険会社に当指定書を発送した日となります。

配偶者=1 ことも=2
 父 母=3 祖父母=4
 兄弟・姉妹=5
 法定相続人=6
 事業主=7
 (その他=9)
 ※法定相続人(=6)を指定された場合、受取人氏名・人数の記入は不要です。

死亡保険金受取人欄に個人名を記入し、続柄コードが「その他(9)」となる場合、詳細続柄欄に、被保険者との関係を入力ください。
 (例) 孫

(記入例)
 100%→00
 50%→50
 ※受取人が2名以上の場合は合計100%となるよう記入ください。