

# 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。
- ご記入が終わりましたら、(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名以上の場合は合計  
100%となるようご記入く  
ださい。

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					
以下的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5年9月12日		* 被保険者名 セイ ソニー メイ タロウ		印	
商品区分 記号 証券番号 変更コード		事業所コード		被保険者番号	
1	2	3	4	5	6
9	3	10	36	25	00
16	17	23	24	25	26
19	3	20	31	32	39
3	1	21	30	31	38
4	2	22	31	32	39
5	3	23	32	33	40
6	4	24	33	34	41
7	5	25	34	35	42
8	6	26	35	36	43
9	7	27	36	37	44
10	8	28	37	38	45
11	9	29	38	39	46
12	10	30	39	40	47
13	11	31	40	41	48
14	12	32	41	42	49
15	13	33	42	43	50
16	14	34	43	44	51
17	15	35	44	45	52
18	16	36	45	46	53
19	17	37	46	47	54
20	18	38	47	48	55
21	19	39	48	49	56
22	20	40	49	50	57
23	21	41	50	51	58
24	22	42	51	52	59
25	23	43	52	53	60
26	24	44	53	54	61
27	25	45	54	55	62
28	26	46	55	56	63
29	27	47	56	57	64
30	28	48	57	58	65
31	29	49	58	59	66
32	30	50	59	60	67
33	31	51	60	61	68
34	32	52	61	62	69
35	33	53	62	63	70
36	34	54	63	64	71
37	35	55	64	65	72
38	36	56	65	66	73
39	37	57	66	67	74
40	38	58	67	68	75
41	39	59	68	69	76
42	40	60	69	70	77
43	41	61	70	71	78
44	42	62	71	72	79
45	43	63	72	73	80
46	44	64	73	74	81
47	45	65	74	75	82
48	46	66	75	76	83
49	47	67	76	77	84
50	48	68	77	78	85
51	49	69	78	79	86
52	50	70	79	80	87
53	51	71	80	81	88
54	52	72	81	82	89
55	53	73	82	83	90
56	54	74	83	84	91
57	55	75	84	85	92
58	56	76	85	86	93
59	57	77	86	87	94
60	58	78	87	88	95
61	59	79	88	89	96
62	60	80	89	90	97
63	61	81	90	91	98
64	62	82	91	92	99
65	63	83	92	93	100
66	64	84	93	94	101
67	65	85	94	95	102
68	66	86	95	96	103
69	67	87	96	97	104
70	68	88	97	98	105
71	69	89	98	99	106
72	70	90	99	100	107
73	71	91	100	101	108
74	72	92	101	102	109
75	73	93	102	103	110
76	74	94	103	104	111
77	75	95	104	105	112
78	76	96	105	106	113
79	77	97	106	107	114
80	78	98	107	108	115
81	79	99	108	109	116
82	80	100	109	110	117
83	81	101	110	111	118
84	82	102	111	112	119
85	83	103	112	113	120
86	84	104	113	114	121
87	85	105	114	115	122
88	86	106	115	116	123
89	87	107	116	117	124
90	88	108	117	118	125
91	89	109	118	119	126
92	90	110	119	120	127
93	91	111	120	121	128
94	92	112	121	122	129
95	93	113	122	123	130
96	94	114	123	124	131
97	95	115	124	125	132
98	96	116	125	126	133
99	97	117	126	127	134
100	98	118	127	128	135
101	99	119	128	129	136
102	100	120	129	130	137
103	101	121	130	131	138
104	102	122	131	132	139
105	103	123	132	133	140
106	104	124	133	134	141
107	105	125	134	135	142
108	106	126	135	136	143
109	107	127	136	137	144
110	108	128	137	138	145
111	109	129	138	139	146
112	110	130	139	140	147
113	111	131	140	141	148
114	112	132	141	142	149
115	113	133	142	143	150
116	114	134	143	144	151
117	115	135	144	145	152
118	116	136	145	146	153
119	117	137	146	147	154
120	118	138	147	148	155
121	119	139	148	149	156
122	120	140	149	150	157
123	121	141	150	151	158
124	122	142	151	152	159
125	123	143	152	153	160
126	124	144	153	154	161
127	125	145	154	155	162
128	126	146	155	156	163
129	127	147	156	157	164
130	128	148	157	158	165
131	129	149	158	159	166
132	130	150	159	160	167
133	131	151	160	161	168
134	132	152	161	162	169
135	133	153	162	163	170
136	134	154	163	164	171
137	135	155	164	165	172
138	136	156	165	166	173
139	137	157	166	167	174
140	138	158	167	168	175
141	139	159	168	169	176
142	140	160	169	170	177
143	141	161	170	171	178
144	142	162	171	172	179
145	143	163	172	173	180
146	144	164	173	174	181
147	145	165	174	175	182
148	146	166	175	176	183
149	147	167	176	177	184
150	148	168	177	178	185
151	149	169	178	179	186
152	150	170	179	180	187
153	151	171	180	181	188
154	152	172	181	182	189
155	153	173	182	183	190
156	154	174	183	184	191
157	155	175	184	185	192
158	156	176	185	186	193
159	157	177	186	187	194
160	158	178	187	188	195
161	159	179	188	189	196
162	160	180	189	190	197
163	161	181	190	191	198
164	162	182	191	192	199
165	163	183	192	193	200
166	164	184	193	194	201
167	165	185	194	195	202
168	166	186	195	196	203
169	167	187	196	197	204
170	168	188	197	198	205
171	169	189	198	199	206
172	170	190	199	200	207
173	171	191	200	201	208
174	172	192	201	202	209
175	173	193	202	203	210
176	174	194	203	204	211
177	175	195	204	205	212
178	176	196	205	206	213
179	177	197	206	207	214
180	178	198	207	208	215
181	179	199	208	209	216
182	180	200	209	210	217
183	181	201	210	211	218
184	182	202	211	212	219
185	183	203	212	213	220
186	184	204	213	214	221
187	185	205	214	215	222
188	186	206	215	216	223
189	187	207	216	217	224
190	188	208	217	218	225
191					



# 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

(※)

団体発送日 令和 年 月 日

日本生命保険相互会社 行

届出印

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

\*  
被保険者  
氏  
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				事業所コード	被保険者番号	家族区分	ニッセイ処理欄				ニッセイ処理欄			
				処理年月日	年	月	日				被保険者生年月日	年	月	日	受取人変更日	年	月	日
1 1 9 3	2 5 10 3 6 2 5 0 0	4 16 17 23 28 38 39	4 1 362500	年号 年 月 日	74 40 59	97 41	98 59	SKIP	* 続柄 コード	* 詳細続柄	* 割合 (%)	99 101	103 128	SKIP	発行課 年号 年 月 日	45 46 52 53 58	年 月 日	

本人=00 配偶者=10 昭和=3 平成=4 令和=5

* 受取人の人数 名	ニッセイ 処理欄		* 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	
	カ ード No.	パンチ 要 否	氏名 (カタカナ・濁点1マス)										
01	○	40 01	41 59	74 97	98 59					99 101	103 128		
02													
03													
04													
05													

(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 こども=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記入ください。  
(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。

〈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、引続会社および引受保険会社においてそ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	印
受付日: 令和 年 月 日		
【受領方法】		
<input type="checkbox"/> 直接受領		
<input type="checkbox"/> 郵送受領: 消印日 (令和 年 月 日)		
597625B 寄	取扱	決定
保険金受取人変更		

日本生命保険相互会社