

マイプラン 保険給付金請求書（一部・全部払出専用） 記入例

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、自署にてご記入ください。
- ・ 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
 加入者名は戸籍氏名をカタカナでご記入ください。

2 受取人（委任者）
 アパート・マンション・寮の場合には名称・号棟・部屋番号までご記入ください。記載いただいたご住所に支払い明細書をお送りいたします。（会社住所の記載は不可）

3 送金先口座
 加入者本人名義口座をご指定ください。（本人以外の口座は送金不可）
 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 受取方法
 「全額払出」「一部払出」のいずれかをご選択ください。
 「一部払出」をご選択の場合、払出金額もあわせてご記入ください。

契約者記入欄		DB 1001	
団体番号	32	契約者（代理人）所在地 団体名 代表者名	
補助コード		弊社使用欄	
加入者番号	0000012345		
生年月日（西暦）	1974年09月09日		
加入者名（カタカナ）	ソニー タロウ	旧姓名（カタカナ）	
受取人記入欄			
P1記載のく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。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 タロウ		
	漢字 ソニー 太郎		
住所	フリガナ	東京都	品川
	〒 141-0001	品川	北品川
	丁目・番地	6-7-29	ガーデンシティ品川御殿山3F
	電話番号	0120-58-6633	
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	〇一五
金融機関コード		普通・総合	口座番号 0000002
口座名義人（カタカナ）	ソニー タロウ		
受取方法			
<input type="checkbox"/>	全部払出	「積立金」を全額払い出し、制度への加入は引き続き継続します。	
<input checked="" type="checkbox"/>	一部払出	「積立金」から一部を払い出し、制度への加入は引き続き継続します。	
	払出金額	200	万円 一部払出の場合は払出金額もご記入ください。
MY使用欄		マイNo申告書	マイNo確認書類
		□あり	□あり
当社受付日	積立G受付日		
(保存年限10年) 79634 21.04			

◆必要書類

<input type="checkbox"/>	拠出型企業年金保険給付金請求書（一部・全部払出用）	
<input type="checkbox"/>	個人番号（マイナンバー）確認書類（写し）	払出額が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）はお手持ちの封筒に封入のうえ、拠出型企業年金保険給付金請求書（一部・全部払出用）と合わせて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 総合個人年金担当
 <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 総合個人年金担当



拠出型企業年金保険給付金請求書(一部・全部払出専用) (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

DB 1001

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	3 2 -	契約者 (代理人) 所在地 団体名 代表者名		印
補助コード				
加入者番号				
生年月日 (西暦)	年 月 日			
加入者名 (カタカナ)				旧姓名 (カタカナ)

受取人記入欄

P1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。
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											
		漢字											
住所	市区町村	フリガナ											
		〒	部 道府 県	区 郡 市									
	丁目・番地	カナ 数字 英字								電話番号			
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	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 信金	本支店名	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 出張所
	金融機関コード	本支店コード(店番)	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通・総合	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号	<input type="checkbox"/> 営業部
	口座名義人 (カタカナ)						

受取方法	<input type="checkbox"/> 全部払出	「積立金」を全額払い出し、制度への加入は引き続き継続します。			
	<input type="checkbox"/> 一部払出	「積立金」から一部を払い出し、制度への加入は引き続き継続します。			
		払出金額	<input type="text"/>	万円	一部払出の場合は払出金額もご記入ください。

当社受付日	積年G受付日

MY使用欄 マイNo.申告書 あり マイNo.確認書類 あり