

全国町村等職員任意共済保険 死亡（高度障がい）保険金請求書（在職者用）

保険金のご請求に際しては、下記をご確認のうえお手続きください

I. ご請求に必要な書類について

○印のついている書類をご提出ください。なお、診断書等の各種証明書、公的証明書のお取寄せにかかる費用はお客様のご負担となりますので、あらかじめご了承ください。また、状況に応じてこれ以外の書類をご提出いただく場合や必要書類を省略いただける場合がございます。住民票、印鑑証明書等の公的証明書は、原本以外にコピーでもお取扱いいたします。

書類名	請求種類	死亡保険金	高度障がい保険金
① 保険金請求書		○	○
各種証明書	② 死亡証明書	○	
	③ 障がい診断書	【注1】	○
	④ 不慮の事故を証する書類	【注2】	災害保険金請求の場合 災害高度障がい保険金請求の場合
公的証明書	⑤ 被保険者の住民票（死亡の記載があるもの）	【注3】	○
	⑥ 受取人のマイナンバー（個人番号）確認書類（以下のいずれか） ・個人番号カード（個人番号の記載がある面）のコピー ・通知カードのコピー ・住民票（個人番号付き） 必ず「マイナンバー（個人番号）確認書類専用封筒」に封入のうえ、ご提出ください	【注4】	保険金額が 100万円超の場合
	⑦ 受取人の本人確認書類（以下のいずれか） ・運転免許証（運転経歴証明書）のコピー ・パスポート（旅券番号の記載があるページ）のコピー ・個人番号カード（顔写真がある面）のコピー	【注5】	○

※保険金受取人が2名以上の場合、当社所定の「代表受取人選定に関する申出書」をご提出ください。

ご注意いただきたい点（補足説明）

【注1】医師の診断書、証明書は、当社所定の書式による書類をご提出ください。

- ・死亡保険金請求の場合・・・「死亡証明書」に代わり「死亡診断書（死体検案書）」でもお取扱いいたします。
加入日（責任開始日）から1年経過後に死亡保険金のお支払事由が発生した場合は、「死亡証明書」「死亡診断書（死体検案書）」のコピーでもお取扱いいたします。
- ・ご請求内容が以下①～④のすべてに該当することを団体でご確認いただける場合、請求書下段の「『死亡証明書（死亡診断書・死体検案書）』の省略についての記入欄」にチェックいただくことで省略できます。
①ご加入（増額・復活）から死亡までの期間が1年超 ②ご請求内容が死亡保険金のみ
③死亡保険金額が5,000万円未満 ④死因が「病死・自然死」「不慮の事故死（他殺は含まない）※」「自殺」のいずれか
※不慮の事故死とは、死因が「交通事故」「転倒・転落」「溺水」「煙、火災および火焰による傷害」「窒息」「中毒」等によるものをいいます。

【注2】不慮の事故による災害保険金、災害高度障がい保険金をご請求の場合は、下記の書類をご提出ください。

- ・交通事故による場合・・・自動車安全運転センター発行の「交通事故証明書のコピー」および当社所定の「事故状況報告書」
- ・交通事故以外による場合・・・当社所定の「事故状況報告書」

【注3】「被保険者の住民票（死亡の記載があるもの）」の提出にあたっては、個人番号が記載されていないものをご提出ください。

【注4】死亡保険金額が100万円超の場合は、「受取人のマイナンバー（個人番号）確認書類」をご提出ください。

- ・「個人番号カード」は有効期間中のものをコピーのうえ、ご提出ください。
- ・「受取人の住民票（個人番号付き）」をご提出される場合は、受取人以外の個人番号が記載されていないものをご提出ください。
- ・被保険者の死亡が確認できる「受取人の住民票（個人番号付き）」をご提出される場合には、「被保険者の住民票（死亡の記載があるもの）」のご提出は不要です。

【注5】本人確認書類の提出にあたっては、以下の点にご注意ください。

- ・いずれも有効期間中のものをコピーのうえ、ご提出ください。
- ・「運転免許証（運転経歴証明書）のコピー」のご提出にあたり、住所変更・改姓されている場合は両面のコピーをご提出ください。
- ・「運転免許証（運転経歴証明書）」「パスポート」「個人番号カード」をお持ちでない場合は、「印鑑証明書（当社受付時点で発行後3カ月以内のもの）」をご提出のうえ、請求書に印鑑証明書と同一印を押印いただくことでお取扱い可能です。
- ・高度障がい保険金のご請求に際して、「受取人が1名」で「受取人名義口座へ送金」のとき、保険金額が1,000万円未満の場合は、ご提出を省略することができます。
- ・ご加入・更新時に、受取人氏名を指定いただけない場合（受取人を法定相続人とする場合等）、被保険者との続柄を確認できる「受取人の戸籍謄（抄）本（当社受付時点で発行後3カ月以内のもの）」のご提出が必要となります。
また、その他の書類（改製原戸籍等）をご提出いただくことがあります。

当社からの照会・確認について 保険金のご請求内容等の確認のため、当社職員または当社で委託した者が、契約者・被保険者・受取人・被保険者を診療した医師等に、病状や診療状況等を照会・確認させていただくことがあります。（上記照会・確認を妨げたり応じられなかったときは、当社はその間は保険金をお支払いできません。）

上記書類の取扱い 当社では、ご提出いただいた上記書類等を保険金支払に必要な範囲においてのみ利用し、お手続き完了後も責任をもって厳正に管理いたします。
また、この内容について、「戸籍謄（抄）本」等に記載されたすべての受取人の方の同意を得たうえで、保険金請求手続きを行っていただく必要があります。

II. 送金方法について

口座振込とさせていただきます。受取人名義の口座を記入ください。

III. その他留意事項

受取人が未成年者の場合は、団体の保険事務担当者または当社までご相談ください。

IV. 他に医療保障保険へご加入されている場合

<ご確認ください点>

- 医療保障保険でご請求の対象となる給付金はございませんか。
- 保険金・給付金のご請求は、契約ごとに必要です。ご請求時には医療保障保険への加入有無についてご確認をお願いします。

個人情報の取扱

《個人情報（個人番号は除く）》

1. 契約者は、給付金・保険金の請求に伴って、本帳票ならびに添付書類に記載された個人情報（以下、個人情報）を本保険の事務手続きのため使用し、保険契約を締結する生命保険会社（共同取扱会社を含みます。以下同じ。）へ提出します。
2. 生命保険会社は、取得した個人情報を、この保険契約の支払査定、各種保険契約の引受・支払査定を含む生命保険制度の健全な運営のために利用（注）し、契約者、他の生命保険会社および再保険会社、委託先事業会社に上記目的の範囲内で提供します。
3. 引受生命保険会社は、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生命保険会社に提供されます。
4. 本件給付金・保険金の請求（支払査定）に伴って、提出いただいた「診断書」ならびに「告知事項（健康状態）」について、生命保険会社が、診断書を作成した医師ならびに契約者等へ確認する場合があります。

《個人番号》

日本生命保険相互会社に提供される個人番号については、保険取引に関する支払調書作成事務のみに利用します。

（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。

○死亡または高度障がい保険金を請求される場合に提出ください。

○記入箇所を訂正される場合は二重線で抹消し、訂正印を押印のうえ、正当な内容を記入ください。尚、団体記入欄の訂正時には届出印（右上の印と同一印のもの）を、受取人記入欄の訂正時には受取人記入欄に押印されたものと同じ印鑑（右中央の印と同一印のもの）を訂正印としてください。

(第10号様式の1)
ニッセイ提出用

全国町村等職員任意共済保険 死亡（高度障がい）保険金請求書（在職者用）

NISSAY 全国町村会長殿
(幹事会社) 日本生命保険相互会社 行

記入日 平成 △ 年 ○ 月 × 日

契約者名 全国町村会 届出印 **A**

契約者住所 東京都千代田区永田町1丁目11番35号

加入団体名 全国町役場 印

団体長名 町長 ○○ △△

本人→00 配偶者→10 こども→21~29

体記入欄	証券番号	支部	団体コード	校番	被保険者番号(右づめ)	家族区分	被保険者氏名
	(931) 1988	○	○	○	○	1	全国 太郎

【記入時のご注意】

- ・記入欄の内容を訂正される場合は、受取人記入欄に押印されたものと同じ印鑑にて訂正印を押印ください。
- ・受取人等以外の方が誤って記入された場合は、正当記入者・誤記入者双方の印鑑にて訂正印を押印ください。

請求書2ページ記載の「個人情報の取扱」について同意します。(請求書2ページを必ずご確認ください。)

当請求に伴い個人番号を提供する場合、上記保険契約者に、日本生命保険相互会社への個人番号の提供を委任します。

受取人住所 フリガナ ○△△ン △△△ン ○○マチ (〒○○○-○○○○) 都道府県 △△郡 ○○町 1-2-3 電話番号 (○○○) 1234-5678

受取人氏名 フリガナ ゼンコク マツコ 性別 (男)性 (女)性 生年 月 日 大正 昭和 平成 令和

親権者後見人氏名 フリガナ 性別 (男)性 (女)性 生年 月 日 大正 昭和 平成 令和

受取人住所と同じ(この場合、下記への記入は不要) 受取人住所と異なる

被保険者住所 (〒) フリガナ

被保険者(子ども)同意欄 フリガナ 印

金融機関 銀行・農協 信用金庫 信用組合 労働金庫 支店名 カタカナで記入ください

預金種目 普通(総合) 口座番号 (右づめで記入ください) 9:8:7:6:5:4:3 口座名義人 ゼンコク マツコ

ゆうちょ銀行 通帳記号 (5桁の数字を記入ください) 1:0 (右づめ) 通帳番号 (8桁の数字を記入ください) 1 財金者名 カタカナで記入ください

死亡保険金請求に際して、必要書類である「死亡証明書(死亡診断書・死体検案書)」の省略を希望される場合は、以下欄を団体に記入ください。(省略条件のすべてに該当する場合のみ省略できます)

団体記入欄	省略希望	省略条件	請求内容	死亡保険金額	死因(いずれかを選択)
	<input type="checkbox"/>	1年超	死亡保険金のみ	5,000万円未満	<input type="checkbox"/> 病死・自然死 <input type="checkbox"/> 不慮の事故死(他殺は含まない) <input type="checkbox"/> 自殺

④の内容を訂正される場合は届出印にて訂正印を押印ください。
死因が不詳であっても、団体が把握している事実等から、他殺・戦争その他の変乱による死亡でないことが明らかなる場合は、省略可能です。その場合、④(死因)の3つの選択肢のすべてにレ印を記入ください。

ニッセイ処理欄

受付日 平成 年 月 日 (所属・氏名) 担当 部 支社 要付印

日本生命保険相互会社

A 当社への届出印を押印ください。

B 9桁のコードを記入ください。

C 「個人情報の取扱」について上記に記載しております。

D 高度障がい保険金を請求される場合は、被保険者ご本人が受取人となりますので、ご自身で記入・押印ください。なお、子ども特約の高度障がい受取人は主たる被保険者(職員の方)となります。

E 受取人が未成年者等の場合、親権者または後見人の署名が必要です。

F 支払対象となるお子様(成人)が自署・押印ください。

G 受取人名義の口座を指定ください。

H 災害保険金の請求は対象外です。



NISSAY

全国町村等職員任意共済保険 死亡(高度障がい)保険金請求書 (在職者用)

(第10号様式の1)

ニッセイ提出用

全国町村会長殿

(幹事会社) 日本生命保険相互会社 行

貴社約款の規定により、下記契約の死亡(高度障がい)保険金を請求します。
請求書2ページ記載の「個人情報の取扱」について同意します。

【ご注意】

- 医療保障保険の給付金を同時に請求される場合は、「医療保障保険給付金請求書」も提出ください。
- 年金払を希望の場合は、この書類の他に「年金基金設定(変更)申込書」と「年金支払請求書」を同時に提出してください。ただし、こどもの保険金については年金の取扱いはできません。

記入日 平成 年 月 日

契約者名	全国町村会	印
契約者住所	東京都千代田区永田町1丁目11番35号	
加入団体名		
団体長名		

本人...00 配偶者...10 こども...21~29

記 証 券 号 数	支 部	団 体 コー ド	枝 番	被 保 険 者 番 号 (右 づ め)	家 族 区 分	被 保 険 者 氏 名
(931) 1988						フリガナ

【記入時のご注意】

- ・記入欄の内容を訂正される場合は、受取人記入欄に押印されたものと同じ印鑑にて訂正印を押印ください。
- ・受取人等以外の方が誤って記入された場合は、正当記入者・誤記入者双方の印鑑にて訂正印を押印ください。

◎請求書2ページ記載の「個人情報の取扱」について同意します。(請求書2ページを必ずご確認ください。)

◎当請求に伴い個人番号を提供する場合、上記保険契約者に、日本生命保険相互会社への個人番号の提供を委任します。

受取人記入欄(受取人様ご自身が記入押印ください)	受取人住所	フリガナ (〒 -) 都道府県	電話 番号 () -	
	受取人氏名	フリガナ 性別 (男性) 生 年 月 日 (大正 昭和 平成)	印	
	親権者 後見人氏名	フリガナ 性別 (男性) 生 年 月 日 (大正 昭和 平成) <small>親柄(該当する方を囲んでください) (親権者) (後見人)</small>		
	被保険者住所	<input type="checkbox"/> 受取人住所と同じ (この場合、下記への記入は不要) <input type="checkbox"/> 受取人住所と異なる (〒 -) フリガナ		
被保険者 (こども) 同意欄	こども特約の高度障がい保険金請求時、かつ、こどもが成人の場合、被保険者(こども)が自署・押印ください。 フリガナ		受取人印とは別印を押印ください。 (スタンプ印不可)	
受取人口座 指定欄	金融機関	フリガナ (銀行) (農協) (信用金庫) (信用組合) (労働金庫)	支店名	フリガナ (支店) (出張所) (本店) (営業部)
	預金種目	普通(総合) 当座	口座番号 (右づめで記入ください)	座 名義人 (カタカナで記入ください)
	ゆっちょ銀行	総合口座(振替口座開設済)の通帳記号・番号(5桁・8桁)を記入ください。 ※通帳ご利用欄の「振替口座開設」に○印があることを確認ください。 ○印がない場合は送金口座に指定できません。		
	通帳記号	(5桁の数字を記入ください) 1 0	通帳番号 (右づめ)	(8桁の数字を記入ください) 1 貯金者名

死亡保険金請求に際して、必要書類である「死亡証明書(死亡診断書・死体検案書)」の省略を希望される場合は、
以下欄を団体にて記入ください。(省略条件のすべてに該当する場合のみ省略できます)

団体記入欄	省略希望	①加入(増額・復活)から死亡までの期間	②請求内容	③死亡保険金額	④死因(いずれかを選択)	※④の内容を訂正される場合は届出印にて訂正印を押印ください。 ・死因が不詳であっても、団体が把握している事実等から、他殺・戦争その他の変乱による死亡でないことが明らかな場合は、省略可能です。その場合、「④死因」の3つの選択肢のすべてにレ印を記入ください。
<input type="checkbox"/>	省略する →	<input type="checkbox"/> 1年超	<input type="checkbox"/> 死亡保険金のみ	<input type="checkbox"/> 5,000万円未満	<input type="checkbox"/> 病死・自然死 <input type="checkbox"/> 不慮の事故死(他殺は含まない) <input type="checkbox"/> 自殺	

ニッセイ処理欄

受付日	平成 年 月 日	受 付 印
担当者	(所属・氏名) 部 支社	