

勤労団体保険 保険金・給付金請求書

ジブラルタ生命保険株式会社
 御中

下記契約の被保険者が約款所定の支払事由（死亡・高度障害・障害状態・入院）に該当しましたので、
 保険金・給付金の請求をいたします。なお、支払金は下記口座に振り込んでください。
 成年後見（補助・保佐・後見）開始の審判を受けている場合や任意後見監督人が選任されている場合は、
 その登記事項証明書を貴社に提出します。

太線枠内をお受取人ご自身でご記入ください。

請求日
 年
 月
 日

証券番号	被保険者番号	続柄
フリガナ 被保険者名 フリガナ 被保険者住所		
団体名 代表者名 印		
保険金 万円		特約保険金 万円

ご注意
 右記の宛先は、ご送金の際のお支払金計算書の送付先となりますので正確にご記入ください。

受取人

フリガナ

受取人住所

フリガナ

受取人氏名

フリガナ

親権者または後見人氏名

連絡先電話番号

印

受取人との続柄

A面記載の「個人情報の取り扱いについて」の記載内容を承知し同意します。
 戸籍謄本等記載者からも、当該記載者の個人情報が「個人情報の取り扱いについて」と同様に取
 り扱われることについて同意を取得しました。

印鑑証明書のご提出が必要
 ないときは、押印の必要はあ
 りません。
 ただし、以下の場合は押印が
 必要です。
 ①保険契約者または法人によ
 るご請求のとき
 ②お受取人が未成年者等の
 場合で、後見人によるご請
 求のとき
 ③相続人によるご請求のとき
 上記①～③のほか、印鑑証明
 書のご提出が必要なときは印
 鑑証明書と同一印を押印くだ
 さい。
 親権者および後見人によるご
 請求の場合は、お受取人との
 続柄をご記入ください。

(注) 生命保険会社は、A面記載の「個人情報の取り扱いについて」に同意いただけない場合、
 保険金・給付金のお支払いの手続きができません。

送金先口座
 いずれかを○
 で囲んでくだ
 さい。
 届出済口座
 右記口座
 ※「右記口座」の場
 合は、指定口座欄
 にもれなくご記
 入ください。

金融機関名
 支店名
 預金種目
 口座番号

銀行
 信用金庫
 信用組合
 農協

本店
 支店
 出張所

1. 普通(総合)
 2. 当座
 4. 貯蓄

(注) 右つめでご記入ください。

指定口座
 預金者名
 フリガナ
 漢字名

印
 受取人との続柄

お受取人本人名義の口座がなく、同居の親
 族名義の口座を指定する場合、または保険
 契約者(団体)を経由して受け取る場合は、
 左記欄の続柄をご記入のうえ、お受取人の
 印(印鑑証明書と同一)を押印ください。
 (保険契約者を経由する場合、続柄の記入は
 必要ありません)

(注) ゆうちょ銀行をご指定の場合は、振込用の店名、預金種目および口座番号をご記入ください。
 (従来のゆうちょ銀行の口座番号〔記号・番号〕での送金はお取り扱いできません)

被保険者(ご遺族)記入欄

勤労団体保険の保険金・給付金の請求を了知しました。
 A面記載の「個人情報の取り扱いについて」の記載内容を承知し同意します。
 戸籍謄本等記載者からも、当該記載者の個人情報が「個人情報の取り扱いに
 ついて」と同様に取扱われることについて同意を取得しました。

被保険者との続柄
 フリガナ
 氏名(自署)

(注) お受取人が保険契約者または法人・事業主の場合、被保険者または被保険者のご遺族(労働基準法施行規則に定める者：B面をご参照ください)の自署(署名)が必要です。

【会社使用欄】

銀行コード
 カナ
 支店コード
 カナ
 支払区分

受 理 No.
 I

処 理 No.
 0 0 I

本 社 受 付 日
 承 認 者
 入 力 者

<C面>
 企保-644 (2014.08)