

集団扱 個人保険

死亡保険金受取人・指定代理請求者変更通知書

〈PPF7E01(210)011〉

契約更新月	月
証券(事業所)番号	被保険者番号
6 8 1	19 20 23 24 33

1. 死亡保険金受取人指定・変更

区分	保険種類	被保険者氏名 (カタカナ)	被保険者 捺印	異動 コード	異動期月
34 36 37 39			印	41 43 570	

← 本人 = 100 配偶者 = 200

2. 指定代理請求者指定・変更

区分	保険種類	被保険者氏名 (カタカナ)	被保険者 捺印	異動 コード	異動期月
34 36 37 39			印	41 43 572	

← 本人 = 100 配偶者 = 200

以下の個人情報の取扱いについて、指定した死亡給付金受取人、指定代理請求者から同意を取得しています。(死亡保険金受取人、指定代理請求者を個人指定している場合のみ)

- ① 契約者が本帳票に記載された死亡保険金受取人、指定代理請求者の個人情報(以下、個人情報)を取扱い、保険契約を締結する生命保険会社へ提出すること、当該保険の運営において入手する個人情報を、本保険の手続きのため使用すること。
- ② 生命保険会社が、受領した個人情報を各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、その他保険に関連・付随する業務のため利用し、また、契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供すること。
- ③ 今後、引受保険会社に変更された場合、契約者または生命保険会社が個人情報を変更後の引受保険会社に提供すること。

下記の通り被保険者の申し出により、または同意を得て死亡保険金受取人・指定代理請求者を指定または変更いたしたく通知します。

◎次のいずれかの方法に☑を入れ指定してください。

☒ 死亡保険金受取人を「指定番号」により指定する場合	指定番号 44	1 : 配偶者 2 : 子 3 : 父母 5 : 兄弟姉妹 7 : 法定相続人
--	------------	---

☒ 上記またはそれ以外の者で、特に指定を要する場合 ※配偶者または2親等以内の血族(子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹)のなかからご指定をお願いします。	指定番号 44 9	死亡保険金受取人名 (カタカナ) 59
---	---------------------	---------------------------

指定代理請求者 (カタカナ) 45	続柄 コード 59 60	1 : 配偶者 2 : 子 3 : 父母 5 : 兄弟姉妹 6 : 祖父母 7 : 孫 9 : その他 C : 指定取消
-------------------------	--------------------	---

(お願い)

1. 太枠内をご記入のうえ団体名・団体代表者(事業所名・事業主)の欄に記入押印ください。なお、団体代表者印は当社にお届け済のものをご使用ください。
2. 被保険者番号は「被保険者名簿」より転記してください。

明治安田生命 使用欄	当 社 受 領 日	所管店受付印	本 社 受 付 印	処 理 日
	(西暦)			
	2 0 年 月 日			

集団扱 個人保険

死亡保険金受取人・指定代理請求者変更通知書

〈PPF7E01(210)011〉

契約更新月	月
証券(事業所)番号	被保険者番号
6 8 1	19 20 23 24 33

1. 死亡保険金受取人指定・変更

区分	保険種類	被保険者氏名 (カタカナ)	被保険者 捺印	異動 コード	異動期月
34 36 37 39			印	41 43 570	

← 本人 = 100 配偶者 = 200

2. 指定代理請求者指定・変更

区分	保険種類	被保険者氏名 (カタカナ)	被保険者 捺印	異動 コード	異動期月
34 36 37 39			印	41 43 572	

← 本人 = 100 配偶者 = 200

以下の個人情報の取扱いについて、指定した死亡給付金受取人、指定代理請求者から同意を取得しています。(死亡保険金受取人、指定代理請求者を個人指定している場合のみ)

- ① 契約者が本帳票に記載された死亡保険金受取人、指定代理請求者の個人情報(以下、個人情報)を取扱い、保険契約を締結する生命保険会社へ提出すること、当該保険の運営において入手する個人情報を、本保険の手続きのため使用すること。
- ② 生命保険会社が、受領した個人情報を各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、その他保険に関連・付随する業務のため利用し、また、契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供すること。
- ③ 今後、引受保険会社に変更された場合、契約者または生命保険会社が個人情報を変更後の引受保険会社に提供すること。

下記の通り被保険者の申し出により、または同意を得て死亡保険金受取人・指定代理請求者を指定または変更いたしたく通知します。

◎次のいずれかの方法に☑を入れ指定してください。

☑ 死亡保険金受取人を「指定番号」により指定する場合	指定番号 44	1 : 配偶者 2 : 子 3 : 父母 5 : 兄弟姉妹 7 : 法定相続人
----------------------------	------------	--

☑ 上記またはそれ以外の者で、特に指定を要する場合	指定番号 44	死亡保険金受取人名 (カタカナ) 59
※配偶者または2親等以内の血族(子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹)のなかからご指定をお願いします。	9	

指定代理請求者 (カタカナ) 45	続柄 コード 59 60	1 : 配偶者 2 : 子 3 : 父母 5 : 兄弟姉妹 6 : 祖父母 7 : 孫 9 : その他 C : 指定取消
-------------------------	--------------------	---

(お願い)

1. 太枠内をご記入のうえ団体名・団体代表者(事業所名・事業主)の欄に記入押印ください。なお、団体代表者印は当社にお届け済のものをご使用ください。
2. 被保険者番号は「被保険者名簿」より転記してください。

明治安田生命 使用欄	当 社 受 領 日	所管店受付印	本 社 受 付 印	処 理 日
	(西暦)			
	2 0 年 月 日			

集団扱 個人保険

死亡保険金受取人・指定代理請求者変更通知書

〈PPF7E01(210)011〉

契約更新月	月
証券(事業所)番号	被保険者番号
6 8 1	19 20 23 24 33

1. 死亡保険金受取人指定・変更

区分	保険種類	被保険者氏名 (カタカナ)	被保険者 捺印	異動 コード	異動期月
34 36 37 39			印	41 43 570	

本人 = 100 配偶者 = 200

2. 指定代理請求者指定・変更

区分	保険種類	被保険者氏名 (カタカナ)	被保険者 捺印	異動 コード	異動期月
34 36 37 39			印	41 43 572	

本人 = 100 配偶者 = 200

以下の個人情報の取扱いについて、指定した死亡給付金受取人、指定代理請求者から同意を取得しています。(死亡保険金受取人、指定代理請求者を個人指定している場合のみ)

- ①契約者が本帳票に記載された死亡保険金受取人、指定代理請求者の個人情報(以下、個人情報)を取扱い、保険契約を締結する生命保険会社へ提出すること、当該保険の運営において入手する個人情報を、本保険の手続きのため使用すること。
- ②生命保険会社が、受領した個人情報を各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、その他保険に関連・付随する業務のため利用し、また、契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供すること。
- ③今後、引受保険会社に変更された場合、契約者または生命保険会社が個人情報を変更後の引受保険会社に提供すること。

下記の通り被保険者の申し出により、または同意を得て死亡保険金受取人・指定代理請求者を指定または変更いたしたく通知します。

◎次のいずれかの方法に☑を入れ指定してください。

☒ 死亡保険金受取人を「指定番号」により指定する場合	指定番号 44	1 : 配偶者 2 : 子 3 : 父母 5 : 兄弟姉妹 7 : 法定相続人
--	------------	--

☒ 上記またはそれ以外の者で、特に指定を要する場合	指定番号 44	死亡保険金受取人名 (カタカナ) 59
※配偶者または2親等以内の血族(子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹)のなかからご指定をお願いします。	9	

指定代理請求者 (カタカナ) 45	続柄 コード 59 60	1 : 配偶者 2 : 子 3 : 父母 5 : 兄弟姉妹 6 : 祖父母 7 : 孫 9 : その他 C : 指定取消
-------------------------	--------------------	---

(お願い)

1. 太枠内をご記入のうえ団体名・団体代表者(事業所名・事業主)の欄に記入押印ください。なお、団体代表者印は当社にお届け済のものをご使用ください。
2. 被保険者番号は「被保険者名簿」より転記してください。

通知日(西暦)	2 0	年	月	日
団体名				
保険契約者(団体代表者)				
この被保険者の所属事業所名				
事業主名(雇用主)				

明治安田生命 使用欄	当 社 受 領 日	所管店受付印	本社受付印	処 理 日
	(西暦)			
	2 0 年 月 日			