

# 全国町村等職員任意生命保険 死亡（高度障がい）保険金請求書（退職者用）

保険金のご請求に際しては、以下の内容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（原本証明は不要）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		○
	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） ・マイナンバーカード（個人番号の記載がある面）のコピー ・通知カード（記載事項が変更されている場合は両面）のコピー ・住民票（個人番号付き） <b>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</b>	【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 ・マイナンバーカード（顔写真がある面）のコピー	【注5】 ○	受取人が被保険者以外の場合

※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・増額・復活日（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、以下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。

- ・「マイナンバーカード」は有効期間中のものをコピーのうえ、ご提出ください。
- ・通知カードは氏名、住所等が住民票記載事項と同一の場合のみ使用可能です。同一でない場合は、住民票（個人番号付き）をご提出ください。
- ・「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】 本人確認書類のご提出にあたっては、以下の点にご注意ください。

- ・「運転経歴証明書」を除き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・氏名変更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」「マイナンバーカード」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か月以内のもの）」をご提出のうえ、請求書（保険金受取人が2名以上の場合、代表受取人選定に関する申出書も含む）に印鑑証明書と同一印を押印して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。
- ・加入・更新時に、受取人氏名をご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「受取人の戸籍謄本（当社受付時点で発行後3か月以内のもの）」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。）

**ご提出にあたって** 必要書類のご提出にあたり、戸籍謄（抄）本等に記載されたすべての方に、「ご提出いただく個人情報の当社および契約者（団体）の利用目的については当社ホームページにて公表していること」をお知らせください。

## II. 送金方法について

口座振込といたします。受取人名義の口座をご記入ください。

## 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。最終的なお支払の決定は、ご提出いただいた診断書等に基づき約款所定の支払事由に該当するか査定したうえでの判断となりますので、その旨ご留意ください。

## IV. 他に任意医療保険へご加入されている場合

### <ご確認いただきたい点>

- 任意医療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。ご請求時には任意医療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（マイナンバー（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」といいます。）を本保険の事務手続きのために使用し、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・領収証等」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・領収証等を作成した医師（医療機関を含む）ならびに契約者等へ確認する場合があります。また、生命保険会社が事実の確認を行う場合には、関係者（医療機関関係者を含む）等に対し、被保険者の保険請求に関する説明（治療・検査等に関する説明）を求めることがあります。

《マイナンバー（個人番号）》

日本生命保険相互会社に提供されるマイナンバー（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。

以下の記入見本を参照のうえ、「死亡（高度障がい）保険金請求書」へ記入・必要に応じて押印してください。

※記入項目は黒ボールペンではっきりとご記入ください。（鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。）

○死亡または高度障がい保険金を請求される場合にご提出ください。

○記入箇所を訂正される場合は二重線で抹消し、記入箇所付近に訂正署名してください。ただし、本人確認書類が印鑑証明書の場合は、訂正印（印鑑証明書の印）を押してください。なお、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、訂正印としてください。

- A** 当社への届出印を押印してください。
- B** 9桁のコードをご記入ください。
- 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、ご自身で記入してください。なお、ごども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** 印鑑証明書提出の場合は、印鑑証明書の印を押印してください。提出されない場合は、押印不要です。
- F** 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。
- G** ご家族の高度障がい保険金を請求される場合、請求対象となる配偶者・ごども（成人のみ）本人が自署してください。
- H** 受取人名義の口座をご指定ください。
- I** 災害保険金の請求は対象外です。

(第10号様式の1)  
ニッセイ提出用

### 全国町村等職員任意生命保険 死亡（高度障がい）保険金請求書 （退職者用）

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 (和暦) 令和△年 ○月 ×日

事務委託先団体 株式会社 日本共同システム 届出印 **A**

住所 東京都新宿区西新宿7丁目11番18号 届出印

代表者 役職・氏名

本人→00 配偶者→10 ごども→21~29

証券番号 (931) 1988 支部 000000100 校番 100 被保険者番号 (右つめ) 100 被保険者氏名 フリガナ ゼンコク タロウ 全国 太郎

【記入時のご注意】  
・記入欄の訂正は、二重線で抹消のうえ記入箇所付近に訂正署名してください。ただし、本人確認書類が印鑑証明書の場合は、訂正印（印鑑証明書の印）を押してください。  
・受取人以外の方が誤記入された場合は、二重線で抹消のうえ正当記入者・誤記入者双方が訂正署名してください。

【ご留意】  
○任意医療保険の給付金を同時に請求される場合は、「任意医療保険給付金請求書」もご提出ください。  
○年金払を希望の場合は、この書類の他に「年金基金設定請求書兼年金支払請求書（個人受取用）」を同時にご提出ください。ただし、ごどもの保険金については年金の取扱いはできません。  
○項目は黒ボールペンではっきりとご記入ください。（鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。）

【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のうえ、記入・必要に応じて押印してください。）  
当請求に伴いマイナンバー（個人番号）を提供する場合、上記団体に、日本生命保険相互会社へのマイナンバー（個人番号）の提供を委任します。  
受取人が複数となる場合、代表受取人以外の受取人が反社会的勢力と関係有していないことを確認しています。

受取人住所 フリガナ ○△△ 都道府県 ○△△ 郡 ○○町 1-2-3 電話 (000) 1234-5678

受取人氏名 フリガナ ゼンコク マツコ 性別 (男性) 生年 (西暦) 50年1月1日 印鑑証明書提出の場合のみ印鑑証明書の印を押印してください

親権者 後見人氏名 フリガナ 性別 (男性) 生年 (西暦) 年 月 日 松子 **E**

被保険者住所 受取人住所と同じ（この場合、以下への記入は不要） □ 受取人住所と異なる

被保険者 同意欄 家族の高度障がい保険金を請求される場合、請求対象となる配偶者・ごども（成人のみ）本人が自署してください。

金融機関指定欄  
フリガナ マル バツ 銀行（提携） 支店名 フリガナ サンカク サンカク 支店 (出張所) (本行) (営業部)

預金口座 種類 普通(総合) 口座番号 (右つめ) 9876543 口座名義人 ゼンコク マツコ  
総合口座（振替口座開設済）の通帳記号・番号（5桁・8桁）をご記入ください。 ※通帳ご利用欄の「振替口座開設」に印があることをご確認ください。 ○印がない場合は送金口座に指定できません。 カナカナでご記入ください。

通帳記号 10 通帳番号 (8桁の数字をご記入ください) 1 貯金者名

【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、以下欄を団体にてご記入ください。（省略条件のすべてに該当する場合のみ省略できます）

省略希望 ①加入（増額・増額）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） ⑤の内容を訂正される場合は届出印にて訂正印を押印してください。死因が不詳であっても、団体で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の場合は、省略可能です。その場合、「⑤死因」の3つの選択肢のすべてにチェックしてください。

ニッセイ処理欄  
受付日 (和暦) 年 月 日 受付印  
担当者 (所属・氏名) 部 支社

a 232107010 a

日本生命保険相互会社 団体保険支払サービス課 2021.9 K21-134



# 全国町村等職員任意生命保険 死亡(高度障がい)保険金請求書 (退職者用)

(第10号様式の1)

団体控

## 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、以下契約の死亡(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】

- 任意医療保険の給付金を同時に請求される場合は、「任意医療保険給付金請求書」もご提出ください。
- 年金払を希望の場合は、この書類の他に「年金基金設定請求書兼年金支払請求書(個人受取用)」を同時にご提出ください。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。
- 記入項目は黒ボールペンではっきりとご記入ください。(鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。)

記入日 (和暦) 年 月 日

事務委託先団体	株式会社 日本共同システム	X
住所	東京都新宿区西新宿7丁目11番18号	
代表者役職氏名		

本人...00 配偶者...10 こども...21~29

記証券番号	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】

- ・記入欄の訂正は、二重線で抹消のうえ記入箇所付近に訂正署名してください。ただし、本人確認書類が印鑑証明書の場合は、訂正印(印鑑証明書の印)を押してください。
- ・受取人以外の方が誤記入された場合は、二重線で抹消のうえ正当記入者・誤記入者双方が訂正署名してください。

- ◎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ページを必ず確認のうえ、記入・必要に応じて押印してください。)
- ◎当請求に伴いマイナンバー(個人番号)を提供する場合、上記団体に、日本生命保険相互会社へのマイナンバー(個人番号)の提供を委任します。
- ◎(受取人が複数となる場合) 代表受取人以外の受取人が反社会的勢力と関係を有していないことを確認しています。

受取人記入欄(受取人様ご自身が記入・必要に応じて押印してください)

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(大正) (昭和) (平成) (令和) 月日 年 月 日
親権者後見人氏名	フリガナ	性別	(男性) 生年(大正) (昭和) (平成) (令和) 月日 年 月 日
被保険者住所	<input type="checkbox"/> 受取人住所と同じ(この場合、以下への記入は不要) <input type="checkbox"/> 受取人住所と異なる (〒 - ) フリガナ		
被保険者同意欄	ご家族の高度障がい保険金を請求される場合、請求対象となる配偶者・こども(成人のみ)本人が自署してください。 フリガナ		
金融機関	フリガナ	支店名	フリガナ
預金種目	普通(総合) 当座	口座番号	(右づめでご記入ください) →
ゆうちょ銀行	総合口座(振替口座開設済)の通帳記号・番号(5桁・8桁)をご記入ください。 ※通帳ご利用欄の「振替口座開設」に○印があることをご確認ください。 ○印がない場合は送金口座に指定できません。		
通帳記号	(5桁の数字をご記入ください)	通帳番号	(8桁の数字をご記入ください)
	1 0 (右づめ)		1
貯金者名	カタカナでご記入ください		

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、以下欄を団体にてご記入ください。(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	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)
<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

④の内容を訂正される場合は届出印にて訂正印を押印してください。  
・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シ点チェックしてください。