



拠出型企業年金保険 異動通知兼給付金請求書(併用プラン) [ニッセイ提出用]



記入日 令和 年 月 日 100201

(幹事会社) 日本生命保険相互会社 行

拠出型企業年金保険契約の協定書に基づき給付金を請求します。
また、本請求書ならびに添付書類に記載された個人情報の取扱いについて、「給付金請求のご案内」に記載の「個人情報の取扱いについて」を確認のうえ、同意します。
当請求に伴い個人番号を提供する場合、右記団体に、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。

団体名 住所	届出印
代表者 氏名 所属 氏名 販売店名	

証券番号	団体コード	
1001		
被保険者番号	被保険者氏名(カタカナ)	生年月日
請求コースの選択	昭和 令和 平成	
A・B 両方	Aコース のみ	Bコース のみ

脱退年月日	脱退事由	請求コース	請求内容	その他連絡欄
5 令和	1 定年 2 中途脱退 3 早期定年 4 死亡脱退 Bコースのみの取扱い その他(半年払脱退等)	A 税制適格型コース	1 年金 2 一時金	(被保険者氏名・生年月日に変更・訂正がある場合は、その内容と相違理由を記入ください。)
		B 一般型コース	1 年金 2 一時金	年金種類[年金選択の場合に記入ください。]

姓と名の間は1マス空けて記入ください。(氏名フリガナの濁点、半濁点は1マスに記入) 印鑑は1枚目(ニッセイ提出用)のみ朱肉印にて鮮明に押印ください。

漢字	フリガナ	都道府県	生年月日	と被 の保 続除 柄者

預金種目	口座番号(右づめ)
普通(貯蓄) 当座	
口座名義人	
*受取人のフリガナと同じ場合は記入不要です。	
総合口座の通帳記号・番号を記入ください。 注:通帳のご利用欄の「振替口座開設」に○印があることを確認ください。○印がない場合は指定できません。	通帳記号 1 0 通帳番号(右づめ)
貯金者名	
*受取人のフリガナと同じ場合は記入不要です。	

受取人が被保険者本人以外の場合、被保険者本人の住所を記入ください。

被保険者 現住所	フリガナ	都道府県

<ニッセイ処理欄>

印	受取人	請求コース	請求内容	支払方法	支払期	支払額	支払日	支払先	支払印

受取人区分-2・3・9かつ漢字氏名入力有の場合に入力

1 被保険者本人	1 配偶者	5 相父母	結婚漢字(4桁)	被保険者 氏名漢字	受取人住所UC	受取 印
2 遺族	2 子	6 兄弟姉妹				
3 契約者	3 父母	7 内縁				
8 その他	4 孫	8 その他				

① 積立金の受取人の情報 (お名前、住所、生年月日、連絡先等) もれなくご記入をお願い致します。

② 受取先の口座情報のご記入をお願い致します。

受取人自書欄(必ずご本人が記入ください)