

〔請求書記入例〕

〔一時金受取希望の方用〕 〈積立年金請求書〉



拋出型企業年金保険給付金請求書(脱退一時金・年金用) (個人番号申告にかかる委任状)

明治安田生命保険相互会社 御中

DB 1002

契約者記入欄

下記の請求書を提出いたしますので、保険契約協定書に基づき給付金をお支払いください。
記載事項に相違ないことを証明します。

団体番号	32-16566-012-2	契約者 (代理人) 所在地 [印] 氏名 (代表者名)	奈良市法蓮町757
補助コード			奈良県奈良総合庁舎2階
加入者番号	456789 ← 職員番号		(一財) 奈良県教職員互助組合
生年月日 (西暦)	1962年04月28日		理事長 吉田 育弘
加入者名 (カタカナ)	コシヨハナコ	旧姓名 (カタカナ)	ナラ ハナコ
保険料払込最終月(西暦)	平準払	年	月
		ボーナス払	年
			月

受取人記入欄

P2記載の〈個人情報のお取扱い 1. 個人番号を除く個人情報のお取扱い〉の内容に同意のうえ請求します。

●100万円を超える一時金等を受け取る場合。加入者が年額20万円を超える年金を受け取る場合。ご遺族が年金を受け取る場合
受取人(委任者)は、契約者(代理人)(契約者から委託を受けた者がいる場合はその受託者)を代理人として定め、明治安田生命保険相互会社との保険取引に関する支払調書作成事務所に利用するために、当該代理人を通じて、受取人(委任者)の個人番号(マイナンバー)を明治安田生命保険相互会社に申告いたします。

氏名	フリガナ	コシヨハナコ	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 加入者本人
	漢字	互助 花子		<input type="checkbox"/> 遺族
住所	市区町村	ナラ 奈良 市	区	法蓮町
	丁目・番地	757 ナラケンナラソウゴウ	ウチヨウ	シヤ2F
	カナ数字 英字		電話 番号	0742-25-3020
本人以外の方が請求手続きを行なう場合のみ、ご記入ください		続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
親権者・後見人が請求手続きを行なう場合のみ、ご記入ください		親権者後見人	後見監督人氏名	

金融機関名	若草	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 信金	本支店名	奈良	<input checked="" type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 出張所
金融機関コード	0777	本支店コード(店番)	001	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・総合	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0123456
口座名義人 (カタカナ)	コシヨハナコ							

※加入者と受取人のご住所が異なる場合のみご記入ください。

加入者 市 区 郡 都道府県

ご請求事由を
ご選択ください

中途脱退 退職脱退 払込満了 死亡脱退

死亡日(西暦) 年 月 日

受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 全額一時金受取 ← チェック☑をしてください ※こちらにチェック☑された場合、右記への記入は不要です。	年金繰延 <input type="checkbox"/> 繰延しない 年金開始年月(西暦) 年 月 <input type="checkbox"/> 繰延する → 年 月
	<input type="checkbox"/> 全額年金受取	
		年金の型 <input type="checkbox"/> 定額型 <input type="checkbox"/> 逓増型 % <input type="checkbox"/> 支払額二段階型

退職時一時積増 積増金額 円 払込予定日 年 月 日

配偶者特別付年金を選択する方 配偶者氏名(カタカナ) 性別 男 女 生年月日(西暦) 年 月 日

MY使用欄 本人確認書類 あり なし 戸籍謄本 あり なし マイNo.申告書 あり なし マイNo.確認書類 あり

(保存年限10年) ⑧79636 21.04

〈積立年金請求書〉

拠出型企業年金保険給付金請求書(脱退一時金・年金用) (個人番号申告にかかる委任状)



明治安田生命保険相互会社 御中

契約者記入欄

下記の請求書を提出いたしますので、保険契約協定書に基づく給付金をお支払いください。
記載事項に相違ないことを証明します。

DB 1002

団体番号	32-16566-012-2	契約者 (代理人) 所在地 団体名 代表者名	奈良市法蓮町757	
補助コード			奈良県奈良総合庁舎2階	
加入者番号			(一財) 奈良県教職員互助組合	
生年月日 (西暦)	年 月 日		理事長 吉田 育弘	
加入者名 (カタカナ)		旧姓名 (カタカナ)		
保険料払込最終月(西暦)	標準払	年 月	ボーナス払	年 月

受取人記入欄

P2記載の〈個人情報のお取扱い 1.個人番号を除く個人情報のお取扱い〉の内容に同意のうえ請求します。

●100万円を超える一時金等を受け取る場合。加入者が年額20万円を超える年金を受け取る場合。ご遺族が年金を受け取る場合
受取人(委任者)は、契約者(代理人)(契約者から委託を受けた者がいる場合はその受託者)を代理人として定め、明治安田生命保険相互会社との保険取引に関する支払調書作成事務に利用するために、当該代理人を通じて、受取人(委任者)の個人番号(マイナンバー)を明治安田生命保険相互会社に申告いたします。

受取人(委任者)	氏名	フリガナ	漢字	区分	<input type="checkbox"/> 加入者本人 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> その他	
	住所	市区町村	都道府県	区都市		
	丁目番地	カナ数字英字	電話番号			
	本人以外の方が請求手続きを行なう場合のみ、ご記入ください	続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日(西暦)	年 月 日
	親権者・後見人が請求手続きを行なう場合のみ、ご記入ください	親権者後見人	後見監督人氏名			

送金先口座	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組	本支店名	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 営業部	
	金融機関コード	本支店コード(店番)	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号
	口座名義人 (カタカナ)				

加入者住所	※加入者と受取人のご住所が異なる場合のみご記入ください。	都道府県	区都市
-------	------------------------------	------	-----

ご請求事由をご選択ください	↓いずれかを選択(☑)してください。死亡脱退の場合は加入者の死亡日も記入ください。	死亡日(西暦)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 中途脱退 <input type="checkbox"/> 退職脱退 <input type="checkbox"/> 払込満了 <input type="checkbox"/> 死亡脱退			

受取方法	<input type="checkbox"/> 全額一時金受取 ※こちらにチェック☑された場合、右記への記入は不要です。	年金繰延	<input type="checkbox"/> 繰延しない 年金開始年月(西暦) <input type="checkbox"/> 繰延する → 年 月
	<input type="checkbox"/> 全額年金受取	年金種類	<input type="checkbox"/> 確定年金 年 <input type="checkbox"/> 保証期間付終身年金 年
		年金の型	<input type="checkbox"/> 定額型 <input type="checkbox"/> 逓増型 % <input type="checkbox"/> 支払額二段階型

退職時一時積増	積増金額	円	払込予定日	年 月 日	当社受付日
配偶者特別付年金 を選択する方	<input type="checkbox"/>	配偶者氏名 (カタカナ)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 (西暦)	