

# すえ置き金支払請求書

4127100

SOMPOひまわり生命保険株式会社

宛

貴社の普通保険約款および各特約条項に基づき、すえ置き金の支払いを請求します。

また、【個人情報のお取扱について】に同意します。

※ひまわり生命契約の場合に記載

証券番号 (営業店記入欄)		受付番号※ (営業店記入欄)	
------------------	--	-------------------	--

◆太枠内をペンまたはボールペンにて楷書でご記入ください。

◆誤って記入された場合は、該当箇所を二重線と訂正署名(姓名)または訂正印(受取人押印の場合は同一の印)にて訂正してください。

記入日	令和 年 月 日	
受取人	受取人名(請求権者名)をご署名ください	法人受取人印
親権者 後見人	親権者・後見人名をご署名ください(お受取人様が未成年または後見人が選定されている場合にご署名ください。)	個人受取人は押印不要 法人受取人印 個人受取人は押印不要

受取 口座	銀行名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 農協													
	支店名	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 出張所													
	科目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> ( )	口座番号												
	口座名義人(カナ)														
<p>「ゆうちょ銀行以外」または「ゆうちょ銀行」のいずれか一方をご記入ください。</p>															
ゆう ちょ 銀行 以外	通帳記号	1			0	通帳番号									1
ゆう ちょ 銀行	口座名義人(カナ)														

受取金額	※原則、全額受取となります。但し、旧日本興亜生命契約で生存給付金・祝金請求のみ一部受取が可能なため、ご希望される場合のみ下記にご記入ください。													
	旧日本興亜生命契約で一部受取をご希望の場合は□に○印のうえ金額をご指定ください。 (50,000円以上、1,000円単位、残額100,000円以上) <input type="checkbox"/> 一部 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , 000 円													

## 個人情報のお取扱について

当社は、お客さまの個人情報を次の目的のために業務上必要な範囲で利用します。

- ①各種保険契約のお引受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い、本人確認
- ②再保険契約の締結、再保険金の請求
- ③関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供
- ④当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
- ⑤その他保険に関連・付随する業務等

※詳細につきましては当社のホームページ(<https://www.himawari-life.co.jp>)をご覧ください。

<<会社使用欄>>

お受取 予定額	円	取扱者受付日 令和 年 月 日 取扱者 印	営業店受付	本社受付日	本社担当者	本社承認者
	円					
	円					