

# 「代理請求申請書」記入例

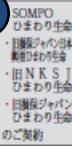
- 1 本申請書を記入いただいた日付をご記入ください。
- 2 該当の保険証券番号をご記入ください。
- 3 被保険者様のお名前をご記入ください。
- 4 本来の受取人様のお名前をご記入ください。
- 5 本来の受取人様が請求できない理由を○で囲んでください。  
「3. その他」の場合は、詳細をご記入ください。
- 6 代理で請求する内容に○印またはレチェックをご記入ください。
- 7 代理で請求される方のご住所、お名前、続柄をご記入ください。

5080600

**代理請求申請書**

1 2022年5月1日

SOMPOひまわり生命保険株式会社 行

2	 <b>保険証券番号</b> <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>被保険者</b> フリガナ ヒマワリ タロウ ひまわり 太郎												
3	 <b>保険証券番号</b> <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>4</b> このたびの保険金・給付金等の請求に関する本来の受取人(請求権者) ひまわり 太郎 は、以下の事情により請求を行うことができないため、受取人を代理して保険金・給付金等の請求をいたします。												
<b>【受取人(請求権者)ご自身が請求できない事情】該当項目に○印</b>														
<b>5</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病名および病状を受取人に知らせていない</li> <li>2. 現在病気等により受取人に意識がなく、かつ後見人、補助人、保佐人が選任されていない</li> <li>3. その他( )</li> </ol>														
代理請求に際しましては、本来の受取人(請求権者)との統柄を証明する公的書類(住民票・戸籍謄本等)をあわせて提出いたします。また、本書「代理請求申請書」に記載の説明事項を確認し、貴社の保険契約に関する個人情報の取扱いについて同意いたします。万一、後日この保険金・給付金等に關し利害関係人より異議申し立てがあった場合、私が全責任を負い貴社に一切ご迷惑をおかけいたしません。つきましては、この申請により下記の保険金・給付金等を私にお支払いください。														
<b>【代理請求申請の内容】該当項目に○印またはレチェック</b>														
<b>6</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本来の受取人が請求すべき保険金・給付金等すべて</li> <li>2. 以下の保険金・給付金(該当するものにレチェック)           <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 入院給付金</td> <td><input type="checkbox"/> 手術給付金</td> <td><input type="checkbox"/> がん認定給付金、がん診断給付金</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 特定疾病保険金</td> <td><input type="checkbox"/> リビングニーズ特約保険金、ターミナルケア保険金</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 高度障害保険金</td> <td><input type="checkbox"/> 保険料の払込の免除</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">□ その他( )</td> </tr> </table> </li> </ol>			<input type="checkbox"/> 入院給付金	<input type="checkbox"/> 手術給付金	<input type="checkbox"/> がん認定給付金、がん診断給付金	<input type="checkbox"/> 特定疾病保険金	<input type="checkbox"/> リビングニーズ特約保険金、ターミナルケア保険金		<input type="checkbox"/> 高度障害保険金	<input type="checkbox"/> 保険料の払込の免除		□ その他( )		
<input type="checkbox"/> 入院給付金	<input type="checkbox"/> 手術給付金	<input type="checkbox"/> がん認定給付金、がん診断給付金												
<input type="checkbox"/> 特定疾病保険金	<input type="checkbox"/> リビングニーズ特約保険金、ターミナルケア保険金													
<input type="checkbox"/> 高度障害保険金	<input type="checkbox"/> 保険料の払込の免除													
□ その他( )														
代理請求者住所 東京都新宿区西新宿 × - × - ×														
<b>7</b> 代理請求者氏名 ひまわり 花子 受取人との統柄( 妻 )														
<p>「代理請求申請書」(当帳票)は、保険金・給付金等の指定された本来の受取人(請求権者)ご自身が請求できない特別な事情(たとえば、病名告知がない、病気により意識がない等)があり、被保険者を代理して請求する希望がある場合に限り、ご利用いただく書類です。なお、ご請求についてはご要望にそえない場合もありますが、あらかじめご承知おきください。なお「代理請求申請書」(当帳票)とともに、受取人(請求権者)との統柄が確認できる公的書類(住民票または戸籍謄本等(コピー可))をご提出ください。</p>														

## 訂正方法

・記入内容を訂正する場合は、修正箇所を二重線で消し、余白に修正後の内容をご記入ください。

ひまわり 太郎
本来の受取人(請求権者) <u>ひまわり 花子</u>