

「保険金等請求内容確認書」記入例

保険金等請求内容確認書

5081100

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

保険金等請求内容

①	保 険 証 券 番 号										死亡保険金・給付金額 高度障害保険金額		災害死亡保険金額 災害高度障害保険金額	
	0	0	1	2	3	-	4	5	6			円		円
・SOMPO ひまわり生命 ・旧損保ジャパン日本 興亜ひまわり生命 ・旧NKSJ ひまわり生命 ・旧損保ジャパン ひまわり生命 のご契約	0	0	1	2	3	-	4	5	6		10,000,000	円		円
	1	2	3	4	5	-	6	7	8		5,000,000	円		円
													円	
旧日本興亜生命 のご契約												円		円
												円		円

②	保険契約者 兼 受取人	株式会社△△建設 代表取締役 ひまわり 一郎	被保険者	ひまわり 太郎
---	----------------	---------------------------	------	---------

(契約者がご記入ください)

受給者の署名欄 (受給者[注]が署名ください)

上記保険契約に定める受取人が保険金等の請求を行うことおよびその請求内容を確認しました。

また、本書「保険金等請求内容確認書」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します。

④	署名日	2022年 4月 1日
受給者	住所	東京都新宿区西新宿×-×-×
	氏名	ひまわり 花子
	被保険者との続柄	妻

[注] 1. 受給者とは、退職金規定・弔慰金規定に定める受給者のことです。

2. 退職金規定・弔慰金規定がない場合は、受給者は「労働基準法施行規則第42条～45条に定める遺族補償を受けるべき方(配偶者・子・父母の順に、順次対象)」となります。ただし、高度障害保険金のご請求の場合は、被保険者ご自身が受給者となります。

保険契約者(受取人)の確認欄 (契約者が署名・押印ください)

⑥	署名日	2022年 4月 1日
保(受給者) 險(受取人) 契約者	団体名	株式会社△△建設
	代表者名 (役職名含む)	代表取締役 ひまわり 一郎

※退職金規定・弔慰金規定等がない場合は、受給者として署名された方が「労働基準法施行規則第42～45条に定める遺族補償を受けるべき方(配偶者、配偶者がいない場合、子、父母等)」であることを確認願います。

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。
- ・ 受給者様をご記入した欄を訂正する場合は、修正箇所にサインをご記入ください。

受給者	住所	東京都新宿区西新宿×-×-×
	氏名	ひまわり 花子
	被保険者との続柄	本人 妻 <u>ひまわり 花子</u>