

「保険金等請求内容確認書」記入例

1 該当の保険証券番号、請求する保険金額をご記入ください。

2 契約者（法人）様が契約者（法人）名、被保険者名をご記入ください。

3 受給者様が本確認書を記入された日付をご記入ください。

4 受給者様が受給者様のご住所、氏名（自署）、被保険者様との続柄をご記入ください。

5 契約者（法人）様が本確認書を記入された日付をご記入ください。

6 契約者（法人）様が契約者（法人）名、代表者名をご記入ください。

7 法人の印鑑を押印ください。

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

保険証券番号	死亡保険金・給付金額		災害死亡保険金額 災害高度障害保険金額
	高度障害保険金額	死亡保険金額	
00123-456	10,000,000	円	円
12345-678	5,000,000	円	円
	-	円	円
	-	円	円
	-	円	円
	-	円	円
	-	円	円
	-	円	円

1 SOMPO
ひまわり生命
・旧損害ジャパン日本
・旧日本興亜ひまわり生命
・旧NKSJ
ひまわり生命
・旧損害ジャパン
ひまわり生命
のご契約

2 旧日本興亜生命
のご契約

3 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)

4 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

5 署名日 2022年4月1日
〔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。

6 保険契約者(受取人)の確認欄 (契約者が署名・押印ください)
〔注〕 受給者として署名された方は、規定・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。

7 署名日 2022年4月1日
〔注〕 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。
- 受給者様が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 ひまわり 花子