

＜ご契約者様・ご家族連絡先情報＞確認・回答シート



時点の情報を表示しています。

ご家族連絡先登録制度については同封の「ひまわりご家族サポートプラス」をご確認ください。

左側に印字されている現在の登録情報をご確認いただき、**変更がある場合や、新制度への切り替えをご希望の場合は、必要事項をご記入のうえ、返信用封筒でご返送ください。**

変更がない場合は返送不要

対象証券番号 ※ご契約が7件以上ある場合、ご案内は2通に分けてお送りしています。

ご契約者名

ご契約者様の現在の登録情報

| | | | |
|--------|--|--|--|
| 住所 | | | |
| 電話番号 ① | | | |
| 電話番号 ② | | | |

住所・電話番号の変更がある場合

| | | | |
|--------|--|------------------|---|
| 住所 | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | (都)(道) (府)(県) | (市)(区) (郡) |
| 電話番号 ① | - | - | 転居 状況 |
| 電話番号 ② | - | - | ① 転居済 ② 転居予定 (転居予定日: 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) ※日付までご記入ください。 未定の場合は決定後にご記入・ご返送ください。 |

ご家族の現在の登録情報

| | | | |
|--------|-------------|-----------------|--|
| お一人目 | フリガナ お名前 | 性別 | |
| 生年月日 | | | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 ① | 電話番号 ②(任意) | ご契約者様から みた続柄 | |
| お二人目 | フリガナ お名前 | 性別 | |
| 生年月日 | | | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 ① | 電話番号 ②(任意) | ご契約者様から みた続柄 | |

新制度への切り替えまたは、ご家族の連絡先を変更する場合は、以下の署名欄を含む全ての項目をご記入ください。

| | | | |
|--|--|------------------|---|
| ご署名 (必須) | 別紙「ご家族連絡先登録制度規約」を確認し、下記の者を「登録家族」として登録することを、被保険者・登録家族本人とともに同意します。 | | |
| (ご契約者様自署) | | | |
| 記入日: 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | | |
| お一人目 | フリガナ お名前 | 性別 | ① 男性 ② 女性 |
| 生年月日 | (大正)(昭和)(平成) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | ご契約者様 から見た続柄 | ① 配偶者 ② 子 ③ 孫 ④ 兄弟・姉妹 ⑤ おい・めい ⑥ その他の親族(4親等以内) |
| 住所 | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | (都)(道) (府)(県) | (市)(区) (郡) |
| 電話番号 ① | - | 電話番号 ②(任意) | - |
| お一人目 | フリガナ お名前 | 性別 | ① 男性 ② 女性 |
| 生年月日 | (大正)(昭和)(平成) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | ご契約者様 から見た続柄 | ① 配偶者 ② 子 ③ 孫 ④ 兄弟・姉妹 ⑤ おい・めい ⑥ その他の親族(4親等以内) |
| 住所 | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | (都)(道) (府)(県) | (市)(区) (郡) |
| 電話番号 ① | - | 電話番号 ②(任意) | - |

＜ご家族の連絡先について＞

※登録は2名まで可能です。

2人目を追加登録される場合は、2名分のご家族情報を右の「ご家族の連絡先」欄にご記入ください。

住所変更、ご家族連絡先の登録・変更については、

マイリンククロス(Webservices)からもお手続きできます。

(マイリンククロスでお手続きいただいた方は、本用紙の返送は不要です)

ひまわり生命 住所変更

検索

ひまわり生命 家族登録

検索

アクセスは
こちらから



●本用紙の記入方法、ご家族連絡先登録制度に関するお問い合わせは下記の窓口まで

0120-787-161

受付時間

月～金
9:00～17:00
〔土曜日、日曜日、祝日および
12月31日～1月3日は除きます〕

※生年月日はお問い合わせの際にご本人様確認としてお聞きするため、正しくご記入ください。

切り離さずにそのままご返送ください

SJHSKD04
3.0