



# ご連絡先回答シート

⚠ 変更がない場合は返送不要です。

時点の情報を表示しています。

ご家族連絡先登録制度の詳細は、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。

まずは手順を  
ご確認ください



手順  
1 現在の登録情報を  
ご確認ください。



手順  
2 変更またはあらたにご家族連絡先を登録される  
場合は右側にご記入・ご署名ください。



手順  
3 切り取りせずにそのままご提出ください。  
同封の返信用封筒で返送をお願いします。

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・電話番号に変更がある場合はご記入ください。			
ご契約者様の連絡先	住所	〒 <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①	-	-	転居 状況
	電話番号 ②	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		ご登録内容に変更がある場合、新規登録をご希望の場合は、下欄の赤枠内の「ご署名(必須)」欄を含むすべての項目をご記入ください。						
ご家族の連絡先	おひとりめ	フリガナ お名前	性別	おひとりめ	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。 様のご署名を以下にお願いします。		
	生年月日	記入日: 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	ご契約者様 自署					
	住所	フリガナ						
おふたりめ	電話番号 ①	電話番号 ②(任意)	お名前	おひとりめ	性別	① 男性 ② 女性	ご契約者様 から見た続柄	
おふたりめ	フリガナ お名前	性別	生年月日	(大正)(昭和)(平成) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	性別	① 男性 ② 女性	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)	
おふたりめ	電話番号 ①	電話番号 ②(任意)	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	(都)(道) (府)(県) (市)(区) (郡)			
おふたりめ	フリガナ お名前	性別	生年月日	(大正)(昭和)(平成) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	性別	① 男性 ② 女性	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)	
おふたりめ	電話番号 ①	電話番号 ②(任意)	電話番号 ①	-	電話番号 ②(任意)	-	-	

<登録するご家族の追加について>

ご家族は2名まで登録可能です。

追加登録される場合は、おふたりめのご家族情報を右側の「おふたりめ」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

お手続きは  
こちらから



切り取りせずにそのままご提出ください。

●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

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 ]

0120-787-161

SJHSND01  
6.0