



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。

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。

ご契約者様の連絡先

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・電話番号に変更がある場合はご記入ください。

住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<div> <div>都</div> <div>道</div> </div> <div> <div>府</div> <div>県</div> </div>		<div> <div>市</div> <div>区</div> </div> <div> <div>市</div> <div>郡</div> </div>	
電話番号①	-		-		転居状況	<div> <div>1</div> <div>転居済</div> </div> <div> <div>2</div> <div>転居予定</div> </div>	転居予定 (転居予定日: 令和_____年_____月_____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。	
電話番号②	-		-					

ご家族の現在の登録情報

※本制度に登録していない場合は表示されておられません。

おひとりめ	フリガナ お名前			性別	
	生年月日				
	住所	おひとりめ		ご契約 者様から みた続柄	
	電話番号 ①		電話番号 ② (任意)		
おふたりめ	フリガナ お名前			性別	
	生年月日				
	住所	おふたりめ		ご契約 者様から みた続柄	
	電話番号 ①		電話番号 ② (任意)		

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。			
記入日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日		ご契約者様 自署 _____			
おひとりめ	フリガナ			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)
	お名前	様			
	生年月日	大正 昭和 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	性別 ① 男性 ② 女性		
	住所	〒 [][][] - [][][][] (都 道 府 県) (市 区 町 村)			
電話番号 ①	- -		電話番号 ②(任意)	- -	
おふたりめ	フリガナ			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)
	お名前	様			
	生年月日	大正 昭和 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	性別 ① 男性 ② 女性		
	住所	〒 [][][] - [][][][] (都 道 府 県) (市 区 町 村)			
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(Webサービス)**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



●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

切り取りせずにそのままご提出ください。

SJHSNDO
6.0