



ご連絡先登録シート

ご家族連絡先が未登録です。
登録は任意ですが、ご登録をおすすめします。

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 ①の登録情報をご確認ください。

手順② 登録内容に変更がある場合は②の欄にご記入ください。

手順③ ③の欄にご家族の連絡先を記入し、ご署名ください。

手順④ **切り取らないでください。**
同封の返信用封筒で返送をお願いします。登録しない場合は返送は不要です。

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

① ご契約者様の住所・電話番号

住所	
電話番号①	
電話番号②	

② 上記の住所・電話番号に変更がある場合はご記入ください。

〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	(都) (道) (府) (県)	(市) (区) (郡)
新住所					
新電話番号①	-	-	新電話番号②	-	-
転居状況	<input type="radio"/> ① 転居済 <input type="radio"/> ② 転居予定 (転居予定日: 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日) <small>※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。</small>				

住所変更、ご家族連絡先の登録については、MYひまわりからもお手続きできます。
(MYひまわり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 ひまわり生命 家族登録

お手続きはこちらから

Webページはこちらから

アプリはこちらから

●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先

0120-787-161

受付時間

月～金 9:00～17:00 [土・日・祝・年末年始を除く]

SOMPOひまわり生命保険株式会社

切り取らないでください

③ ご家族を登録される場合、「ご署名」欄と「ご家族の連絡先」欄をみれなくご記入ください。

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。

様のご署名をお願いします。

記入日: 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 **ご契約者様 自署**

ご家族の連絡先(ご家族によるご記入も可)

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					
	生年月日	(昭和) (平成) (令和) ____ 年 ____ 月 ____ 日	性別	① 男性 ② 女性		
	住所	〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	
	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					
	生年月日	(昭和) (平成) (令和) ____ 年 ____ 月 ____ 日	性別	① 男性 ② 女性		
	住所	〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	
	電話番号①	-	-	電話番号②(任意)	-	-