

# 勤労団体保険 保険金・給付金請求書

ジブラルタ生命保険株式会社 御中

下記欄の被保険者が前掲所記の支払事由（死亡・高度障害・障害返戻・入院）に該当しましたので、保険金・給付金の請求をいたします。なお、支払金は下記口座に振り込んでください。  
 成年後見（補助・保佐・保見）開始の審判を受けている場合や任意後見受任者が選任されている場合は、その登記簿又は証明書を別紙に添付します。

本様枠内をお受取人ご自身でご記入ください。

請求日 年 月 日

901270

加入者

加入者  
 フリガナ  
 被保険者名  
 フリガナ  
 被保険者住所

保険契約者  
 団体名  
 代表者名

保険金 万円  
 特約保険金 万円

ご注意  
 右記の欄は、ご請求の際の請求金控除等の過付戻と異なりますのでお間違いください。

受取人  
 フリガナ  
 受取人住所  
 フリガナ  
 受取人氏名  
 フリガナ  
 親権者または保見人氏名  
 連絡先電話番号

印鑑証明書のご提出が必要ないときは、押印の必要はありません。ただし、以下の場合は押印が必要です。  
 ①保険契約者または法人によるご請求のとき  
 ②お受取人が未成年者等の場合で、後見人によるご請求のとき  
 ③相続人によるご請求のとき

←保険金額 200 万円以上の場合、印鑑証明印。(又は本人確認書類の写し提出)

送金先口座  
 いずれかを○で選んでください。  
 振替口座  
 当座口座

指定口座  
 金融機関名  
 支店名  
 預金種別  
 口座番号

受取人の口座  
 ※必ず記入（届出済口座不可）

←通常不要（金融機関届出印ではない）

（注）ゆうちょ銀行をご指定の場合は、振込印の捺印、預金種別および口座番号をご記入ください。  
 [振込のゆうちょ銀行の口座番号（記号・番号）での送金はお取り扱いできません]

被保険者（ご遺族）記入欄

勤労団体保険の保険金・給付金の請求を了知しました。  
 A言記載の「個人情報の取り扱いについて」の記載内容を承知し同意します。  
 戸籍謄本等記載者からも、当該記載者の個人情報が「個人情報の取り扱いについて」と同意に取得されました。

被保険者との続柄  
 フリガナ  
 氏名（姓・名）

（注）お受取人が保険契約者または法人・事業主の場合、被保険者または被相続者のご遺族（関係書類発行機関に定める者）印鑑もご捺印くださいの旨（署名）が必要です。

死亡で事業主受取の場合のみ遺族が署名 ↓