



法人契約・個人事業主契約保険金請求内容了知確認書

FWD生命保険株式会社

御中

証券番号		様
契約者		様
被保険者		様
保険金受取人		様
保険金額		円

上記契約について、被保険者あるいはその遺族に対する福利厚生のため、保険金受取人がFWD富士生命保険株式会社に対して保険金請求を行うことを了知いたします。

被保険者または死亡退職金等の受給者

記入日	年 月 日
-----	-------

住所		
氏名(ご署名)		被保険者と続柄
連絡先電話番号	()	-

受給者とは、被保険者の配偶者とします。

配偶者がいない場合は、労働基準法施行規則第42条2項の優先順位者とし、同順位者が複数人いる場合はそのうち1名の了知確認を取り付けてください。

上記の方は被保険者または死亡退職金等の受給者であることに相違ありません。

保険金受領に関し、その遺族等から異議申し出があった場合は当社(店)で解決し、貴社には一切ご迷惑をおかけしません。

記入日	年 月 日
-----	-------

法人名・法人代表者名 (契約者)		印
---------------------	--	---

※ お支払い手続きの審査にあたり、上記に関し事実確認をさせていただくことがあります。