

- ・黒ボールペンでご記入ください。(消せるボールペンは使用できません。)
- ・記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消のうえ、押印がある場合は同一印で訂正印を押印、押印がない場合は訂正署名(フルネーム)してください。



口座番号	右詰めでご記入ください。 + 2 3 4 5 6 7 1234555	口座番号	右詰めでご記入ください。 + 2 3 4 5 6 7 見本太郎1234555
------	---	------	--

証券番号・契約者氏名等
証券番号・契約者氏名・被保険者氏名・請求の種類をご記入ください。
*請求の種類がご不明な場合は選択がなくとも問題ございません。

お客さまに関する個人情報のお取扱いについて
「保険金・給付金ご請求ガイド」をご確認ください。

SMSによる手続き完了の連絡
お手続き完了後等にお客さまにSMS(ショートメッセージサービス)でご連絡いたしますので携帯電話番号のご登録をお願いしております。
*サービスの詳細につきましては「保険金・給付金等請求お手続きのご案内」4ページをご参照ください。

リビングニーズ保険金のご請求の場合は、ご請求金額をご記入ください。

お名前(自署)
必ず請求者(受取人)ご本人が自署ください。代筆・代理請求の場合は代筆者・代理人が請求者(受取人)のお名前、連絡先をご記入ください。請求者(受取人)が法人の場合は「法人名・代表者の役職名・代表者氏名」をご記入ください(ゴム印でも可)。

代筆・代理請求の場合
代筆の場合は、こちらに代筆者のお名前、受取人との続柄、代筆理由をご記入ください。代理請求の場合は、こちらに代理人のお名前をご記入のうえ、代理人区分を選択してください。
*代筆は当社が認めた場合に限り可能です。

被保険者 同意
法人契約・法人受取の場合は被保険者の自署が必要です。配偶者型の請求の場合は配偶者の自署が必要です。

お受取り口座
必ず請求者(受取人)ご本人名義の口座をご記入ください。

請求・同意印
印鑑証明書をご提出いただく場合は、証明書と同一の印を押印ください。法人の場合は、法人印を押印ください。

STEP 3 保険金・給付金・保険料払込免除請求書

FWD生命保険株式会社 御中 受付No. _____

私は、貴社普通保険約款・特約条項の規定に基づき「お客さまに関する個人情報のお取扱いについて」を確認・同意のうえ、保険金・給付金等の支払を請求します。なお、医療機関発行の書類の記載内容や入院・手術内容について、貴社が必要に応じて医療機関等に照会することを承諾します。被保険者と請求者(受取人)が異なる場合は、被保険者の同意を得たうえで請求しています。支払金がある場合、下記口座への送金完了をもって本請求への支払金を受領したものと認めます。

記入日: XXXX年XX月XX日

証券番号: XXXXXXXXXXXX

契約者氏名: 見本太郎 様 被保険者氏名: 見本太郎 様

請求の種類: ①死亡保険金 ②特定疾病保険金 ③入院・手術給付金 ④保険料払込免除 ⑤その他

リビングニーズ保険金の場合の請求金額(3,000万円限度): _____ 万円

住所: 〒XXXX-XXXX
〇〇県〇〇市〇〇町99-99

フリガナ: ミホン タロウ

請求者(受取人)氏名(自署): 見本太郎 様 (印)

代筆・代理請求の方氏名(自署): _____ (印)

連絡先 TEL: (XXX) XXXX-XXXX

SMSによる連絡: 希望しない 希望する

希望する場合は、携帯電話番号にお手続き完了等の連絡をSMSでお送りします。不要な場合のみO印をご記入ください。

右記の区分のいずれかを選択してください。親権者 成年後見人 後見人 指定代理人

代筆理由(代筆の場合): _____

被保険者 同意: 法人契約・法人受取の場合・配偶者型の請求の場合

氏名(自署) ※配偶者型・請求の場合は請求者様がご署名ください。

ご希望されるお受取り口座にO印をご記入ください。↓

送金方法・送金先: ゆうちょ銀行以外 ゆうちょ銀行

金融機関名: _____

科目: 普通(総合) 当座 貯蓄

口座番号: XXXXX XXXX

通帳記号: 1 0

7桁以内のときは右詰めでご記入ください。

お客さまからのメッセージ欄

代理店受付日 営業店受付印 本社受付印 書類完備日

受付日 取扱営業店 取扱代理店

年月日

※口座名義人について、ご記入がない場合は、受取人氏名と同一とします。科目について、ご記入がない場合は、「普通(総合)」としてお取り扱いいたします。ゆうちょ銀行の場合、通帳記号は5桁、通帳番号は8桁でご記入ください。ゆうちょ銀行はそれ以外の銀行より2営業日長くお時間を頂戴します。

FWD生命保険株式会社 御中

受付No.

私は、貴社普通保険約款・特約条項の規定に基づき「お客さまに関する個人情報のお取扱いについて」を確認・同意のうえ、保険金・給付金等の支払を請求します。なお、医療機関発行の書類の記載内容や入院・手術内容について、貴社が必要に応じて医療機関等に照会することを承諾します。被保険者と請求者（受取人）が異なる場合は、被保険者の同意を得たうえで請求しています。支払金がある場合、下記口座への送金完了をもって本請求への支払金を受領したものと認めます。

記入日	年 月 日
-----	-------

証券※ 番号				
契約者 氏名	様	被保険者 氏名	様	
請求の 種類	① 死亡保険金 高度障害保険金	② 特定疾病保険金 リビングニーズ保険金	③ 入院・手術給付金 障害給付金 診断給付金	④ 保険料払込免除 ⑤ その他 ()
リビングニーズ保険金の場合の請求金額(3,000万円限度)				万円

※一括請求は同一契約形態に限ります。

請求者 (受取人)	住所	〒	連絡先 TEL	日中ご連絡が取れる電話番号をご記入ください。 () -	
	フリガナ			携帯電話 自宅 勤務先	
代筆・代理 請求の方	氏名(自署)	印鑑証明書が必要な場合は、実印を押印ください。請求・同意印 様 印	SMSによる 連絡	希望しない <input type="radio"/> 携帯電話番号にお手続き完了等の連絡をSMS でお送りします。不要な場合のみ○印をご記 入ください。	
	氏名(自署)	フリガナ 印鑑証明書が必要な場合は、実印を押印ください。請求・同意印 様 印	右記の区分の いずれかを 選択してください。	親権者 成年後見人 後見人 指定代理請求人	
被保険者 同意	氏名(自署) ※配偶者型の請求の場合は配偶者様をご署名ください。		代筆理由(代筆の場合)		
法人契約・法人受取の場合・ 配偶者型の請求の場合					

送金方法・ 送金先	ご希望される お受取り口座に ○印をご記入 ください。↓	口座 名義人	フリガナ 漢字			
	ゆうちょ銀行 以外の 金融機関	金融 機関名	フリガナ		銀行 信用金庫 農協 信用組合 信託銀行 その他	支店名 本店 支店 出張所
		科目	普通 (総合) 当座 貯蓄	口座番号	右詰めでご記入ください。 金融機関 コード 支店 コード	
ゆうちょ銀行	通帳 記号	1 0	通帳番号	7桁以内のときは右詰めでご記入ください。		

お客さまからのメッセージ欄

※口座名義人について、ご記入がない場合は、受取人氏名と同一とします。
科目について、ご記入がない場合は、「普通(総合)」としてお取り扱いいたします。
ゆうちょ銀行の場合、通帳記号は5桁、通帳番号は8桁でご記入ください。
ゆうちょ銀行はそれ以外の銀行より2営業日長くお時間を頂戴します。

受付日	OW	年月日	代理店受付日	営業店受付印	本社受付印	書類完備日
取扱営業店	LA	印				
取扱代理店	BN					