STEP3 保険金・給付金・保険料払込免除請求書の記入例

・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。 ~~1 2 3 4 5 6 7~~ 見本 1234555

口座番号	右詰めでご記入ください。 ~~1 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。

STEP3 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	××××年××月××日
証券番号※	×××××××××××
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 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	〒×××-×××× ○○県○○市○○町99-99
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。（×××）××××-××× 携帯電話　ご自宅　勤務先
氏名（自署）	フリガナ ミホン　タロウ 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 見本　太郎　様 見本 代筆の場合、代筆者の氏名等を下段の欄にもご記入ください。
SMSによる連絡	希望しない 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。

代筆・代理請求の方	
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
	代筆者　受取人との続柄（　）
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）※配偶者型の請求の場合は配偶者様がご署名ください。
	代筆理由（代筆の場合）

送金方法・送金先（必ず受取人名義の口座を指定ください）		
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 ミホン　タロウ 漢字 見本　太郎
○ 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		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		年　月　日			
取扱代理店		BN		印			

'21.Reb①PDF（V7575）Ⓕ

'23.3①PDF（V7576）Ⓕ

STEP3 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	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	〒
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 代筆の場合、代筆者の氏名等を下段の欄にもご記入ください。
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。 （　　）　　- 携帯電話　ご自宅　勤務先
SMSによる連絡	希望しない 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。

代筆・代理請求の方

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
代筆者	受取人との続柄（　　）
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）※配偶者型の請求の場合は配偶者様がご署名ください。

送金方法・送金先
必ず受取人名義の口座を指定ください。

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	
取扱営業店		LA	
取扱代理店		BN	

代理店受付日	営業店受付印	本社受付印	書類完備日
年　月　日　印			

ご担当の先生へ

【死亡証明書作成にあたってのお願い】

拝啓　平素は格別のお引き立てをいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、「死亡証明書」は、患者様の保険金・給付金等のご請求に際し、お支払等の要件に該当するかどうかを判断させていただく大切な書類です。

つきましては、ご多忙の中誠に恐縮ですが、以下「「死亡証明書」のご記入にあたっての留意点」をご参照のうえ、漏れなく正確にご記入くださいますようお願いいたします。

また、内容に不明な点がある場合は、当社より照会・確認させていただくことがございますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

なお、作成いただきました「死亡証明書」は、診断書用封筒に封入くださいますようお願いいたします。

「死亡証明書」のご記入にあたっての留意点

- 死亡保険金だけでなく、入院給付金や手術給付金等についてもお支払いの要件に該当するかを判断させていただきますので、死亡日までの入院期間と治療内容、手術の有無、放射線照射の有無と総線量などすべての項目を漏れなく正確にご記入くださいますようお願いいたします。
- 「内視鏡を用いた手術」「ドレナージ」「カテーテルを使用した手術」なども手術欄にご記入をお願いいたします。

FWD生命保険株式会社
総合サービスセンター
通話料無料 0120-211-901

(提出先) **FWD生命保険株式会社**

死　亡　証　明　書

1.氏　　名	男 女	2.生年月日	年　　月　　日
3.住　　所			
4.職　　業		5.発病年月日	年　　月　　日

6.治療期間	初診	年　　月　　日～	年　　月　　日	
	入院期間	第1回目　年　月　日～　年　月　日	第2回目　年　月　日～　年　月　日	
		3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」を記入ください		
7.死亡したとき	年　　月　　日　午前 午後　時　　分			
8.死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	①病院　②診療所　③老人保健施設　④助産所　⑤老人ホーム　⑥自宅　⑦その他		
	死亡したところ			
	種別1～5の施設の名称			

9.死亡の原因	Ⅰ	(ア)直接死因	発病（発症）又は受傷から死亡までの期間	
		(イ)(ア)の原因		
		(ウ)(イ)の原因		
		(エ)(ウ)の原因		
	Ⅱ	直接には死因に関係しないがⅠ欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等		
	手術	①無　②有　{部位及び主要所見}	手術年月日	年　　月　　日
	解剖	①無　②有　{主要所見}		

10.死亡の種類	① 病死および自然死 外因死 { 不慮の外因死 { ②交通事故　③転倒・転落　④溺水　⑤煙、火災及び火焔による傷害　⑥窒息　⑦中毒　⑧その他 } その他及び不詳の外因死 {⑨自殺　⑩他殺　⑪その他及び不詳の外因 } ⑫ 不詳の死

11.外因死の追加事項	傷害が発生したとき	年　　月　　日　午前 午後　時　　分	①従業中　②従業中でないとき　③不明
	傷害が発生したところの種別	①住居　②工場及び建築現場　③道路　④その他 { }	
	傷害が発生したところ	都道府県　市郡　区町村	
	手段及び状況		

05010200

12. 死亡に直接関係のある既往症（年月日、傷病名、症状経過、医療機関）

13. 今回の発病（受傷）から初診までの経過

14. 初診時の主訴・所見およびその後の経過

治療内容

手術および処置名	手術の種類	（1）開頭術　（2）穿頭術　（3）開胸術（含開心術）・胸腔鏡下手術　（4）開腹術・腹腔鏡下手術 （5）レーザー手術　（6）ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術・処置・治療（四肢・四肢以外） （7）経皮的　（8）経尿道的　（9）経膣的　(10)その他（　　）				
	手術の内容	・筋骨関係の手術の場合（観血・非観血）　・手指・足指の手術の場合MP関節を含めて中枢側に（及ぶ・及ばない） ・植皮術・筋皮弁術の場合（25㎠以上・25㎠未満）　・口腔内の手術の場合、顎骨を（削っている・削っていない） ・筋・腱・靭帯に操作が（及ぶ・及ばない）　・穿頭術の場合（新たな穿頭による・既存の穿頭穴を使用）				
	診療報酬点数区分	(K)(J) — (K)(J) —	手術名	年　月　日 〔手術を指示した日　年　月　日〕 年　月　日 〔手術を指示した日　年　月　日〕	手術日	備考欄　3回目以降の手術があれば診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等を記入ください。
放射線治療および悪性新生物温熱療法（骨髄移植の前処置を含む）	照射内容	部位　総線量　Gy				
	区分	M　—　定位照射　密封小線源　温熱療法　その他（　）				
	期間	開始　年　月　日～終了　年　月　日				

15. 前医または紹介医	有 無	医師名　医療機関名　その所在地
16. 病名を告げた時期		（死因病名やその他の病名を患者または家族にいつどのように告げられましたか） 本人には、（　年　月　日）に病名を（　）と告げた。 家族には、（　年　月　日）に病名を（　）と告げた。 悪性の場合　診断確定日（　年　月　日） 診断方法　1. 病理組織診断　2. その他（　）
17. その他		（本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖、その他の事項） 区分
18. 死亡診断（死体検案）年月日		年　月　日

上記のとおり診断する。

本証明書発行年月日　年　月　日

所在地

病院または診療所等の　名称

医師氏名　印

お願い　訂正の場合、必ず証明印による訂正印を押印ください。

原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに押印ください。

STEP3 事故状況報告書の記入例

- 事故やケガによるご請求の場合は、必ずご提出ください。
- 被保険者又は受取人ご本人がご記入ください。
  ※被保険者又は受取人がご記入できない場合は、ご家族あるいは事故を証明できる方がご記入ください。
- 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。）
- 記入内容を訂正されるときは、二重線抹消のうえ、訂正署名（フルネーム）してください。

ご記入いただく方（受傷者ご本人または請求者さま）がご署名ください。

記入する日をご記入ください。

まず、オレンジ色の欄をご記入ください。
該当しない項目は記入不要です。

他の生命保険・損害保険のご加入の有る場合は会社名をご記入ください。

つぎに、青色の欄に事故の詳細な状況をご記入ください。

交通事故の場合は、緑色の欄もご記入ください。

運転免許証のコピーを提出いただければ、点線で囲った箇所の記入は不要です。

STEP3 事故状況報告書

FWD生命保険株式会社 御中
下記のとおり事故状況を報告します。

記入日	2021 年 9 月 11 日

記入者	氏名	見本 花子	受傷者との関係	(本人) その他⇒( )
	住所*	大阪市北区大深町3-1 グランフロント大阪タワーB	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。 06-7223-4070

*請求者と同じ方の場合は住所、電話は記入不要です。

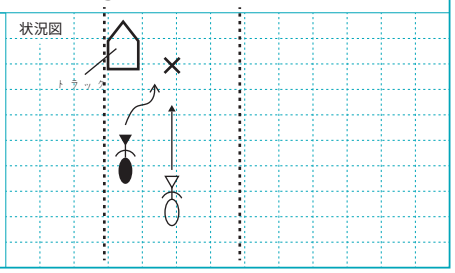
受傷者	見本 花子		生年月日	1980 年 5 月 5 日生	
職業	会社名	○○商事	職務内容	事務	
欠勤期間	2021 年 6 月 3 日 から 2021 年 6 月 12 日まで		労災保険の適用	(無)	(有)
他社加入	(無)	(有)	生命保険	○○生命保険	損害保険等

事故発生日時	2021 年 6 月 1 日（火 曜日）	(午前)・(午後)	8 時 10 分頃
事故発生場所	住所	大阪市北区大深町 1-1	
	路上（道路名 付近）	その他（ ）	
警察への届出	(無) (有)	2021 年 6 月 2 日	芝田 署（ 派出所）へ届出済

事故発生状況

原因・経緯
前方にトラックが停車していたため
車線変更しようとしたところ、後方より
直進してきた原付バイクと接触した。

状況図



飲酒	(無)	(有)	種類		飲んだ量		時間 (午前) (午後) 時頃～ 時頃まで
現場目撃者	(無)	(有)	氏名	見本 太郎	受傷者との関係	停車していたトラックの運転手	

交通事故の場合は下欄にもご記入のうえ、交通事故証明書を添付ください。また、新聞記事がありましたら、あわせて添付ください。

事故時の行動	(1) 運転中 (2) 同乗中 (3) 歩行中 (4) その他
運転していた車種	(1) 普通 (2) 大型 (3) 中型 (4) 準中型 (5) 大型特殊 (6) 自動二輪（400cc） (7) 小型特殊 (8) 原付自転車（50cc以下） (9) その他（ ）
免許証の有無	(無) (有) 免許証番号 6 2 0 4 1 2 3 4 5 6 7 8
免許交付日	2017 年 8 月 8 日 免許有効期限 2022 年 5 月 5 日まで有効 免許の条件等
免許の種類	大型 中型 準中型 普通 大特 大自二 (普自二) 小特 (原付) 牽引 大型二 中型二 普通二 大特二 牽引二

'21.Reb①PDF(V7578)Ⓕ

STEP3 事故状況報告書

FWD生命保険株式会社 御中

下記のとおり事故状況を報告します。

記入日	年　月　日

記入者	氏名		受傷者との関係	本人　その他⇒（　）
	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。

*請求者と同じ方の場合は住所、電話は記入不要です。

受傷者		生年月日	年　月　日 生
職業	会社名	職務内容	
欠勤期間	年　月　日 から　年　月　日まで	労災保険の適用	無　有
他社加入	無　有　生命保険	損害保険等	

事故発生日時	年　月　日（　曜日）	午前・午後	時　分頃
事故発生場所	住所		
	路上（道路名　付近）	その他（　）	
警察への届出	無　有　年　月　日	署（　派出所）へ届出済	

事故発生状況	原因・経緯	状況図

飲酒	無　有	種類		飲んだ量		時間	午前　午後　時頃～　時頃まで
現場目撃者	無　有	氏名		受傷者との関係			

交通事故の場合は下欄にもご記入のうえ、交通事故証明書を添付ください。また、新聞記事がありましたら、あわせて添付ください。

事故時の行動	①運転中	②同乗中	③歩行中	④その他											
運転していた車種	①普通	②大型	③中型	④準中型	⑤大型特殊	⑥自動二輪（　cc）	⑦小型特殊	⑧原付自転車（50cc以下）	⑨その他（　）						
免許証の有無	無　有	免許証番号													
免許交付日	年　月　日	免許有効期限	年　月　日まで有効	免許の条件等											
免許の種類	大型	中型	準中型	普通	大特	大自二	普自二	小特	原付	牽引	大型二	中型二	普通二	大特二	牽引二

STEP3 受取人（相続人）代表者選任届

FWD生命保険株式会社　御中　　受付No.

被保険者の死亡にともなう保険金・給付金・保険料払込免除の請求にあたり、次のとおり代表者を定め、代表者が他の相続人または受取人を代理するものとします。
なお、本件に関して後日、受取人本人および第三者から異議の申し立てがあったときは、私（達）が一切の責任を負い、決して貴社に迷惑をかけないことを誓約いたします。
後日貴社に損害が生じた場合は損害賠償いたします。
また、個人情報の取扱いについては、「お客さまに関する個人情報のお取扱いについて」の詳細を確認のうえこれに同意いたします。

証券番号※			
契約者	様		
被保険者	様		

※複数契約をまとめてご請求できる場合は、同一契約形態（契約者および被保険者が同一契約）かつ同一請求者の場合に限ります。

記入日	年　　月　　日

請求書に押印が必要な場合のみ、押印ください。
印鑑証明書が必要な場合は、実印を押印ください。

保険金・給付金・保険料払込免除請求書に記載の受取人様がご記入ください。

相続人または受取人の代表者	住所	〒　　－	氏名	フリガナ 様	同意印

上記代表者様以外の相続人様または受取人様がご記入ください。

その他の相続人または受取人	住所	〒　　－	氏名	フリガナ 様	同意印
	住所	〒　　－	氏名	フリガナ 様	同意印
	住所	〒　　－	氏名	フリガナ 様	同意印
	住所	〒　　－	氏名	フリガナ 様	同意印
	住所	〒　　－	氏名	フリガナ 様	同意印

「特定米国人」・「米国人所有外国事業体」とは

①「特定米国人」とは以下を指します。

・米国市民または米国居住者
　米国居住者とは、一般に183日以上、米国に滞在する者。滞在日数の計算には、対象年度の滞在日数に加え、前年の日数の3分の1に相当する日数と前々年の日数の6分の1に相当する日数も考慮されます。また、永住権所有者を含みます。

・米国パートナーシップ、米国法人、米国財団、米国信託
　但し、米国上場法人、米国政府、米国非課税団体、米国銀行等は特定米国人に該当しません。

②「米国人所有外国事業体」とは以下を指します。

・支配者のなかに、直接または間接的に25%を超える議決権または価値を有する特定米国人が1人以上いる外国事業体

【免除対象となる外国事業体の例】
・上場法人およびその関連企業
・政府機関等（政府、行政機関、国際組織、中央銀行など）
・過年度の総所得のうち、投資所得が50%未満の事業体
・一定の非営利団体、公益法人など

FWD生命保険株式会社

総合サービスセンター　通話料無料：０１２０－２１１－９０１
お問い合わせ時間：月～金（祝日・年末年始を除く）９：００～１８：００

2021.11（V7445）

証券番号

（保険金）W-9（納税者番号・納税証明報告書）兼IRS報告同意書

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。当書面は、米国の外国口座税務コンプライアンス法における米国納税義務を有する方に、納税義務保有の証明および米国内国歳入庁（IRS）へお客様の加入内容について報告・提供することについてご同意いただくものです。必ずお受取人様（親権者様・後見人様等）が内容を確認いただき、正確にご記入およびご署名・捺印をお願いいたします。

W-9

氏名/名称（所得税申告書と同様に記載）

事業者名/法人格がないとみなされる事業体名（Disregarded Entity）（上記と異なる場合）

連邦税に関し、該当する欄にチェックを記入してください。

分類（必要あれば）：☐個人/個人事業主　☐法人　☐S法人　☐パートナーシップ　☐信託/財団

☐有限責任会社（LLC）　税務上の分類を記入してください。（C=法人、S=S法人、P=パートナーシップ）　→……

☐その他（インストラクション参照）

免除（インストラクション参照）
免除受取人コード
（該当のある場合）

FATCA報告免除コード
（該当のある場合）

住所（通り名、アパート名、または部屋番号）

市町村名、都道府県名、郵便番号

口座番号（任意）

依頼者の名称および住所（任意）

パート1　納税者番号（TIN）

適切な欄に納税者番号を記載してください。バックアップ源泉を回避するためには、この欄に記載された納税者番号が、当書式の名称欄に記載された者の納税者番号と同一である必要があります。個人の方は、社会保障番号（SSN）を記載ください。ただし、外国人居住者、個人事業主、または法人格がない事業体に該当する場合は、インストラクション3ページ目のパート1を参照してください。他の事業体の場合は、雇用者番号（EIN）を記載ください。もし、該当する番号をお持ちでない場合は、3ページ目の納税者番号取得方法を参照してください。

（注意）口座が複数のものにより開設されている場合には、4ページに記載された案をガイドラインとして参照してください。

社会保障番号（SSN）				—			—				

雇用者番号（EIN）			—							

パート2　確認証明

偽証罪の対象となることを理解したうえで、私は以下の内容を認めます。

1. このフォームに記載された納税者番号は、私の正しい納税者番号です（または、納税者番号の発行を待っている状態です）および、
2. 私は以下の理由によりバックアップ源泉徴収の対象となりません。：（a）バックアップ源泉徴収を免除されている、（b）利子や配当金の申告漏れによる結果から、バックアップ源泉徴収の対象であると内国歳入庁（IRS）から通知を受けていない、または（c）IRSからバックアップ源泉徴収の対象から外されたと通知を受けた、および
3. 私は米国市民、または米国（法）人（U.S Person）に該当するものです。
4. 本様式に記載した、私がFATCA報告を免除されていることを示すFATCAコード（該当のある場合）は、正しい番号です。

証明の記載方法。申告書上で利子や配当の報告漏れがあり、現在バックアップ源泉徴収の対象であるとIRSから通知を受けている場合、上記2を線で引き消す必要があります。不動産取引において、上記2は対象外となります。住宅ローンの支払、担保資産の取得または放棄、負債の取り消し、個人退職年金（IRA）へ積立、および、利子や配当以外の支払に関しては、証明に署名する必要はありません。ただし、正確な納税者番号（TIN）を記載しなければなりません。

IRS（米国内国歳入庁）への報告に関する同意書

米国納税義務を有する方については、ご加入いただいている保険契約について、米国内国歳入庁（IRS）へ定期的に報告することについて同意します。

年　　月　　日

受取人（自署）　　印

親権者・
後見人等（自署）　　印

2021.11（V7444）

当社への返送について

返信用封筒を線にそって切り取っていただき、お手持ちの封筒の表面にはがれないように貼り付けてください。この方法でご送付いただいた場合、送料につきましては当社の負担とさせていただきます。

（ご送付いただける郵便の種類）
第一種郵便（封書）

（内容）
定形郵便物（長さ14～23.5cm、幅9～12cmの長方形で、厚さが1cmまでのもの）の中で重量が25gまでの郵便物。

（ご注意）
ご送付いただく前に今一度内容物をご確認ください。

料金受取人払郵便

大阪北局
承　認
4188

差出有効期間
2025年10月
31日まで
（切手不要）

５３０-８７９０

２２４

（定形郵便物）

大阪市北区大深町３－１　グランフロント大阪タワーB
ＦＷＤ生命保険株式会社　保険金部 行

重要　**保険金・給付金請求書類在中**

差出人	ご住所
	お名前

FWD