団体定期保険
新団体定期保険

死亡保険金受取人指定書

記入見本

赤太枠内を全てご記入・押印ください。
訂正される場合は、二重線で削除し、訂正印を押してください。
訂正印は印欄に押印した印鑑でお願いします。

日本生命保険相互会社 行

以下の内容に相違ないことを確認のうえ、死亡保険金受取人を指定（変更）します。
なお、この保険にかかわる個人情報の取扱いについて、以下〈個人情報の取扱い〉を確認のうえ、同意します。
また、当指定書にて指定した死亡保険金受取人（以下、受取人と　　加入対象者（被保険者）の個人情報と同様に取扱われる旨受取人に説明し、　　得ました。

＊被保険者記入日　令和 5 年 10 月 12 日

〈詳細続柄〉
続柄コード１～７を記入された方は記入不要です。

カタカナでご記入下さい

印鑑を押印下さい
（三文判・シャチハタ可）

団体名　　届出印

＊被保険者氏名（カタカナで記入ください。）　セイ サンアイ　メイ タロウ　印 三愛

商品区分 1 1　記号 2 9 3 1

ニッセイ処理欄　処理年月日　年　月　日

事業所コード 23

８桁の従業員番号（右詰）
28 0 1 2 3 4 5 6 7

家族区分 38 39 0 0
本人＝00　配偶者＝10

ニッセイ処理欄　発行課 42

被保険者生年月日　年号 45　年 46 5 5　月 0 3　日 1 3
昭和＝3　平成＝4　令和＝5

ニッセイ処理欄　受取人変更日　年号 52　年 53　月　日 58

受取人氏名をカタカナでご記入ください。
姓と名の間は１マス空けてください
濁点は１マスです。

＊受取人の人数 1 名

処理欄　パンチ要否　ID No.　受取人（姓と名の間は1マス空けて記入ください。）氏名（カタカナ・濁点1マス）　SKIP　＊続柄コード　＊詳細続柄　＊割合（%）　ニッセイ処理欄　詳細続柄コード

○	01	サンアイ　ハナコ		1		00
	02					
	03					
	04					
	05					

〈割合〉
受取人が１名の方は 00 とご記入ください。
２名以上の場合は、合計で 100 になるようご記入ください。下記記入例をご参照ください。
※受取人を複数人指定した場合でも保険金は代表者１名に振り込まれます。
受取手続きの際に代表者を選出し受取人全員の同意が必要です。

〈続柄コード〉
左記コード表をご参照の上、数字を記入ください。

（お願い）
○必要項目を洩れなく記入し、押印のうえ提出ください。
○「＊印」の項目は、全て被保険者が自書・押印ください。
○受取人の人数が２名以上の場合、変更される方だけでなく受取人全員を記入ください。
○死亡保険金受取人は原則２親等以内の血族または配偶者を指定ください。
（留意事項）
受取人変更の効力発生日は、保険契約者（団体）が引受保険会社に当指定書を発送した日となります。

配偶者＝１　こども＝２
父　母＝３　祖父母＝４
兄弟・姉妹＝５
法定相続人＝６
事　業　主＝７
（その他＝９）
※法定相続人（＝６）を指定された場合、受取人氏名・人数の記入は不要です。

（記入例）
100%→００
50%→５０
※受取人が２名以上の場合は合計100%となるよう記入ください。

受付日：令和　年　月　日
【受領方法】
□直接受領
□郵送受領：消印日（令和　年　月　日）

597625B 実行
保険金受取人変更

取扱　決定

受付印

日本生命保険相互会社

5840822　K18-463　キホサNo:D4062K　No.0754

団体定期保険
新団体定期保険

死亡保険金受取人指定書

日本生命保険相互会社 行

団体発送日	令和　　年　　月　　日

団体名		届出印
＊被保険者氏名（カタカナで記入ください。）	セイ　　メイ	印

以下の内容に相違ないことを確認のうえ、死亡保険金受取人を指定（変更）します。
なお、この保険にかかわる個人情報の取扱いについて、以下〈個人情報の取扱い〉を確認のうえ、同意します。
また、当指定書にて指定した死亡保険金受取人（以下、受取人といいます。）の個人情報についても、加入対象者（被保険者）の個人情報と同様に取扱われる旨受取人に説明し、個人情報の取扱いについての同意を得ました。

＊被保険者記入日	令和　　年　　月　　日

商品区分	記号	証券番号	変更コード	ニッセイ処理欄 処理年月日 年号	年	月	日	事業所コード	被保険者番号	家族区分
1	2 1931	5 1335	10 362500	16	17			23	28	38 39 00

本人＝00　配偶者＝10

ニッセイ処理欄 発行課	被保険者生年月日 年号	年	月	日	ニッセイ処理欄 受取人変更日 年号	年	月	日
42	45	46			52	53		58

昭和＝3　平成＝4　令和＝5

＊受取人の人数	ニッセイ処理欄 パンチ要否	カードNo.	＊死亡保険金受取人（姓と名の間は1マス空けて記入ください。）氏名（カタカナ・濁点1マス）	SKIP	＊続柄コード	＊詳細続柄	＊割合（%）	ニッセイ処理欄 詳細続柄コード	SKIP
名	○	40 41 01	59	74 97	98		99	101	103 128
		02							
		03							
		04							
		05							

〈個人情報の取扱い〉
この保険契約は、団体を保険契約者とする企業保険です。そのため、この保険契約の運営にあたっては、団体は加入対象者の個人情報（氏名・性別・生年月日・健康状態等）を取扱い、団体が保険契約を締結した引受保険会社（共同引受会社を含みます。以下同じ。）へ提出します。団体は、この保険の運営において入手する個人情報を、この保険契約の事務手続きのため使用します。
引受保険会社は受領した個人情報を各種保険の引受け、継続・維持管理、給付金・保険金等の支払い、その他保険に関連・付随する業務のため利用し、また団体および他の共同引受会社等へその目的の範囲内で提供します。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き団体および引受保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取扱われます。なお、引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社へ提供されます。
注）保健医療等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保、その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。
〈死亡保険金受取人の個人情報の取扱いについて〉
指定された死亡保険金受取人（以下、「受取人」といいます。）の個人情報については、上記の加入対象者（被保険者）の個人情報と同様に取扱われますので、お申込みにあたっては、受取人にその旨をご説明いただき、個人情報の取扱いについての同意を取得してください。

（お願い）
○必要項目を洩れなく記入し、押印のうえ提出ください。
○「＊印」の項目は、全て被保険者が自書・押印ください。
○受取人の人数が２名以上の場合、変更される方だけでなく受取人全員を記入ください。
○死亡保険金受取人は原則２親等以内の血族または配偶者を指定ください。
（留意事項）
受取人変更の効力発生日は、保険契約者（団体）が引受保険会社に当指定書を発送した日となります。

配偶者＝1　こども＝2
父　母＝3　祖父母＝4
兄弟・姉妹＝5
法定相続人＝6
事　業　主＝7
（その他＝9）
※法定相続人（＝6）を指定された場合、受取人氏名・人数の記入は不要です。

死亡保険金受取人欄に個人名を記入し、続柄コードが「その他（9）」となる場合、詳細続柄欄に、被保険者との関係を記入ください。
（例）孫

（記入例）
100%→００
50%→５０
※受取人が２名以上の場合は合計100%となるよう記入ください。

ニッセイ処理欄

担当者（所属・氏名）　部（課）・支社　印	受付印
受付日：令和　　年　　月　　日	
【受領方法】 □直接受領 □郵送受領：消印日（令和　　年　　月　　日）	

597625B 実行	取扱	決定
保険金受取人変更		

日本生命保険相互会社

5840822　K18-463　キホサNo:D4062K　No.0754