

# 朝日生命 財形保険 支払請求書（一部払出・全額払出） 払出

朝日生命保険相互会社 行

朝日生命保険相互会社の約款の規定および「財形保険 払出手続きのご案内」のうち  
「3. 個人情報の第三者提供について」に同意のうえ、下記の支払を請求します。

団体番号	契約番号

記入日	年 月 日	契約者確認欄	
フリガナ	<input type="checkbox"/> 自署しました <input type="checkbox"/> 本人確認書類コピーを添付しました		
契約者名			
生年月日	(西暦) 年 月 日	勤務先確認欄	
電話番号	(自宅) - -	正当な契約者の請求であることを確認しました。	
	(日中連絡先) - -	※ 勤務先の財形事務取扱担当部署または当社に登録の事務担当者様の押印(または自署)	
フリガナ 現住所	〒 -	一般財形契約のみご加入の場合、住所や電話番号が届け出内容と異なる場合は、ご記入いただいた住所・電話番号へ変更いたします。 今後の送付書類は、ご記入いただいた住所へお送りいたします。	
	都・道 府・県		
勤務先	所在地		
	名称		
	所属名	所属番号	従業員番号

請求内容	<input type="radio"/>	一部払出	百万	千	000円	(注) 源泉分離課税扱いにつきお支払額は請求額より少なくなる場合があります。
一部払出または全額払出に ○を付してください。	<input type="radio"/>	全額払出	ご契約は 繼続 します。			

お受取口座	金融機関 口座 (ゆうちょ 銀行以外)	金融機関名	金融機関コード ( )	支店名	支店コード ( )
		銀行・労働金庫 信用金庫・農協 信用組合・信農連		本店 支店 出張所	
		預金種目	口座番号(右づめでご記入ください)	口座名義	
		普通(総合)		契約者様	
	ゆうちょ 銀行口座	記号	番号		口座名義
	1 0			1	契約者様

朝日生命使用欄	請求権者様のご請求意思を確認し、署名・押印いただいたことを確認しました。 取扱者：(コード： )					会計処理済印	受付印
	本人確認書類添付 □運転免許証 □その他( ) △不備照会日： ◇不備解消日： ○指定日支払あり：						
	□個人番号カード(マイナンバーカード)						
	支払決定	責任者	担当者				