

満期保険金 請求手続きのご案内

- 「財形保険 支払請求書(生存給付金)」のご記入について
 - 必ず、契約者ご自身が黒いボールペンで記入ください。(消えるボールペンは使用できません。)
 - お受取口座は、必ず契約者ご本人名義の口座を指定ください。
 - 解約・払出請求時のご注意

生命保険ではお払込みいただいた保険料が預貯金のようにそのまま積み立てられるのではなく、その一部は災害死亡保険金のお支払いやご契約を管理するための経費に充てられるしくみになっています。このため、ご契約後34か月(※)以内に解約または払出しをされますと、返戻金が元本割れした状態で全部または一部を払出すこととなります。(※2025年12月現在)

※賞与払を併用されている場合、途中で払込保険料の金額変更をされた場合には、上記の期間(34か月)と異なる場合があります。
 - 個人情報の第三者提供について

財形保険のお取引にあたって以下の内容に同意のうえご請求願います。

 - お客様の個人情報は、財形制度の円滑な運営の為に必要な範囲で事業主、当社、他の取扱金融機関等との間で相互に提供されることがあります。
- ◆ **財形保険の支払請求手続きには、ご本人確認書類(コピー)の添付が必要です。**
詳細につきましては、以下の「本人確認書類のご案内」をご確認ください。
 - ◆ **必ずコピーをおとりいただき、契約者様控(勤務先控)として保管のうえ原本をご提出ください。**
(勤務先経由で提出する場合は、勤務先確認欄をご記入ください。)

財形保険 支払請求書(満期保険金) 記入例

朝日生命 財形保険 支払請求書(満期保険金) 満期 朝日生命保険相互会社 行 <small>朝日生命保険相互会社の取扱いの財形保険(満期保険金) 請求申請書(ご記入)のうち、個人情報の取扱い等について、下記の内容を記載します。</small>		団体番号 / 契約番号 「契約者証」等を確認のうえご記入ください。
記入日 2025年10月10日 契約者名 朝日 太郎 生年月日 (西暦) 1975年11月18日 電話番号 (自宅) 042 - 338 - 3138 (日中連絡先) 090 - 1234 - 5678 〒206-8611 東京都葛飾区多摩 2丁目1-23 夕日が丘マンション101 所在地 東京都新宿区四谷 ○-○-○ 勤務先 名称 株式会社 ○△商事 所属名 東京支店 所属番号 500 従業員番号 1000		契約者確認欄 〇 白署しました 〇 本人確認書類コピーを添付しました 〇 正しい契約者の請求であることを確認しました。 〇 勤務先の住所・電話番号が正しいことを確認しました。
契約者記入欄 太枠内を契約者ご本人が記入ください。	勤務先確認欄 ✓(チェック)をご記入ください。	勤務先確認欄 ご登録の「勤務先確認印」の押印、または事務担当者様の署名(姓名)をお願いします。保険料のお払い込みは満期年月の前月までとなります。満期年月の前月末を目安に、お早めにご提出いただきますようお願いいたします。
請求内容 満期保険金 ○満期日にご契約は終了いたします。 ○源泉分離課税扱いとなります。		訂正方法 訂正する箇所に二重線を引き、余白に正しい内容と自署(姓名)をご記入ください。
お受取口座 契約者様ご本人名義に限ります。	金融機関名 東京 金融機関コード (1234) 支店名 多摩 支店コード (567) 口座番号(右つめてご記入ください) 12345678 口座名義 朝日太郎 記号 1 番号 0 記号 1 番号 0	
請求者: (印) _____ 本人確認書類添付 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード(マイナンバーカード) <input type="checkbox"/> 実印 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不備欄あり <input type="checkbox"/> 前日支払済み		受付印 20251201

本人確認書類のご案内

お手続きの際には本人確認書類の添付をお願いします。

本人確認書類

■ 下記の中から1点のコピー(顔写真付き 有効期間中のもの)

- 運転免許証(運転経歴証明書)
裏面に改姓・改名・住所変更の記載がある場合は、**両面のコピー**をご提出ください。
裏面の「臓器提供意思表示欄」に記載がある場合は、**黒塗りしてから**ご提出ください。
平成24年4月以降に交付された運転経歴証明書は、期限がなく生涯有効です。
- マイナンバー(個人番号)カード
写真がある**表面のみ**をご提出ください。
裏面の「臓器提供意思表示欄」に記載がある場合は、**黒塗りしてから**ご提出ください。
- パスポート
- 在留カード(または特別永住者証明書)
- 公的機関から発行・発給された上記以外の写真付き証明書
「氏名」「生年月日」「住所」が記載されているものをご提出ください。

■ 上記の本人確認書類をお持ちでない場合

区分A から

2 点のコピー

区分A + **区分A**

または

区分A・**区分B** から

各 1 点のコピー

区分A + **区分B**

区分A

「氏名」と「生年月日または住所」の記載がある面のコピーをご提出ください。

- ① 介護保険被保険者証
- ② 母子手帳
- ③ 年金手帳
- ④ 児童扶養手当証書
- ⑤ 健康保険資格確認書

※ ③は基礎年金番号を、⑤は(記号)番号、保険者番号、二次元コードを黒塗りしてください。

区分B

発行日から6か月以内のご本人様名義のもののコピーをご提出ください。

- ① 戸籍の附票
- ② 国税・地方税、公共料金の領収書
- ③ 住民票(本籍・マイナンバー(個人番号)の記載がないもの)

当社における個人情報の利用目的について

保険契約等申込みに際して、お客様からいただいた個人情報は、以下の目的で利用させていただきます。

- 当社の保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
- 当社または関連会社・提携会社の各種保険商品・金融商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
- 当社業務の情報提供・運営管理、市場調査、商品・サービスの開発・研究

※ 当社の個人情報のお取扱いにつきましては、当社ホームページ(<https://www.asahi-life.co.jp/>)にも掲載しておりますので合わせてご確認ください。