



各位

書類送付のご案内 及び 記入例

このたび、ご連絡・ご希望いただきました「日本生命・団体定期保険(社員グループ保険)」の死亡保険金取人指定(変更)に関しまして、ご提出必要書類をご案内申し上げます。

記入例をご参照いただき、添付書類にご記入・ご捺印のうえ、ご提出ください。

団体発送日 令和 年 月 日

団体名	届出印
ご署名・ご捺印ください。 ※ご捺印はお認印で結構です。	

* 被保険者記入日 令和 年 月 日

* 被保険者氏名 印

商品区分	記号	証券番号	事業所コード	被保険者番号	家族区分	ニッセイ処理欄 発行課	被保険者生年月日 年 月 日	ニッセイ処理欄 受取人変更日
1	93	362500				42	45 46	52

記入日をご記入ください。

生年月日をご記入ください。

本人=00 配偶者=10 昭和=3 平成=4

受取人の人数	ニッセイ処理欄 パンチ要	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。)	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	0	1	氏名(カタカナ・濁点1マス)	74 97 98				101 103	129

指定された受取人合計数をご記入ください。
1名の場合もご記入ください。

受取人様名をご記入ください。
※カタカナで
※姓・名の間は1マスあけて
※濁点は1マス

受取人様を追加される場合、
すでに指定されている方を含め
指定される全員のお名前を
ご記入ください。

この部分を参照にコードをご記入ください。

この部分を参照にコードをご記入ください。

<お問合せ先>
富士フィルムビジネスエキスパート(株)
保険サービスセンター
ライフサポートグループ

〒164-0012
東京都中野区本町2-46-1
中野坂上サンブライトツイン

電話：03-6300-6748 (10:00-15:00)

●社内メール便返送先
中野坂上
FFBX 保険SC
ライフサポートグループ宛

(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)

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。

※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。