

裏面の記入例をご参照のうえ、ご記入ください
 明治安田生命保険相互会社 御中

DB 2049

1 右記をご記入ください。

提出日	令和	年	月	日	
連絡先	会社名				
	所属所名				
	所属所TEL	()			
加入者カナ氏名					
加入者番号(社員番号)	00				
生年月日	3 昭和 5 平成	年	月	日	

団体名	日本郵政共済組合	
代表者名	本部長	印

下記の通り請求いたしますので、表記保険契約約定書に基づく給付金をお支払いください。
 その他記載事項に相違ないことを証明します。

- (ご留意いただく事項)
- ◇脱退、払込満了に伴う一時金のお支払いにつきましては、通常、当請求書をはじめ、お支払いに必要な書類が当社に到着し、保険料払込最終月までの保険料が当社で確認できた後、お支払いの手続きをいたします。
 - ◇脱退、払込満了に伴う年金のお支払いにつきましては、通常、当請求書をはじめ、お支払いに必要な書類が当社に到着し、保険料払込最終月までの保険料が当社で確認できた後、契約約定書で定められた年金受給権取得日の直後に到来する支払期日よりお支払いいたします。なお、当社での年金のお支払い手続日の関係上、年金受給権取得日の直後に到来する支払期日ではなく、次回支払期日が初回のお支払いとなる場合もございます。
 - ◇一時金・年金等につきましては、ご契約者(団体)様と当社との協議にもとづき、お支払いする場合がございます。
 - ◇払出しのご請求につきましては、通常、当請求書をはじめ、お支払いに必要な書類が当社に到着後、5営業日以内にお支払いいたします。

書類提出先 日本郵政共済組合 共済センター
 〒330-9792 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1 「みらい」担当宛
 遺族(本人以外)受取の場合…裏面の「給付金のご請求に必要な書類」を参照ください。

2 請求内容を選択してください。

払出記入欄	<input type="checkbox"/> 一般型コース	3 2 1 6 6 0 7 0 1 1 9	全額払出	<input type="checkbox"/>	一部払出	<input type="checkbox"/>	本制度は継続のうえ、 積立金全額または 一部の支払を請求 いたします。
			(払出希望額を記入してください) 万円				

脱退記入欄	<input type="checkbox"/> 一般型コース	3 2 1 6 6 0 7 0 1 1 9	任意脱退 <input type="checkbox"/> 本制度を脱退のうえ、積立金全額の支払を請求します 退職脱退 <input type="checkbox"/> 退職に伴い脱退のうえ、積立金全額の支払を請求します 死亡脱退 <input type="checkbox"/> 加入者が死亡したので遺族一時金を請求します 死亡日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 個年型コース	3 2 1 6 6 0 7 0 1 2 0	
	脱退するコースに✓をつけてください。 ※両方を脱退する場合は、2組の請求書が必要です。		
	保険料払込最終月 月 払分 年 月 ボーナス分 年 月		

3 受取人欄をご記入ください。

受取人	受取人の内容(いずれか1つに✓をしてください)	<input type="checkbox"/> 1 加入者本人	<input type="checkbox"/> 2 遺族(受取人が未成年の時は親権者(後見人)を立ててご請求ください)	親権者・後見人が請求手続きを行なう場合ご記入ください	
	住所(カタカナ記入)	フリガナ			
		市区町村	〒	都道府県	区郡市
フリガナ	カタカナ	建物名	丁目番地	電話番号	

※濁点も1マス使用し、ご記入ください。

4 受取口座をご記入ください。

受取口座	8 ゆうちょう口座	通帳記号	1 0	通帳番号		※末尾が「1」の通帳番号を右づめでご記入ください。 ※送金機能付総合口座かつ通常貯金口座をご指定ください。
	3 銀行口座	金融機関名(該当機関に○をつけてください)	金融機関コード	本支店名(該当店名に○をつけてください)	本支店コード	預金種目

