

受取人変更・訂正請求書

エヌエヌ生命保険株式会社 御中

社 用 欄

貴社の保険約款にしたがって、下記契約の受取人変更を請求します。
契約内容の変更事項については、「お手続き完了のお知らせ」および再発行保険証券（一括証券扱契約の場合は被保険者名簿）にて通知する場合があることに同意します。また、お手続き以前に発行された保険証券は無効となることに同意します。
上記記載事項および「個人情報の取扱等に関する確認・同意事項」の内容を確認・同意のうえ、請求します。

1 保険証券番号

2 記入日

請求書を記入される日付

年

月

日

3 請求者
(契約者)

法人名および代表者職位・氏名(ゴム印可)／個人の場合は氏名(自署)

契約者の請求・同意印

※個人の場合、押印を省略できます。

日中連絡先 () - (担当者名/部署名)

ご記入いただいた電話番号に当社から照会・確認のお電話をさせていただく場合があります。

4 契約者と同じ場合は省略できます。
被保険者

氏名(自署)

被保険者様の同意確認の為、必ず被保険者様が自署ください。

保険証券またはご契約者様の本人確認書類をあわせてご提出ください。

5 死亡保険金
死亡給付金
収入保障年金
等の
受 取 人

変更

改姓・改名

訂正

氏名

フリガナ

性別

男

女

生月

年

昭

平

令

日

被保険者からみた続柄

配偶者

子

親

兄弟姉妹

法人(雇用主)

その他()

分割割合

%

6 ガン給付金
受 取 人
(指定されている方のみ
ご記入ください)

変更

改姓・改名

訂正

氏名

フリガナ

性別

男

女

生月

年

昭

平

令

日

被保険者からみた続柄

本人

配偶者

子

親

兄弟姉妹

法人(雇用主)

その他()

7 指定代理請求人
(指定されている方のみ
ご記入ください)

変更

改姓・改名

訂正

氏名

フリガナ

被保険者からみた続柄

配偶者

子

親

兄弟姉妹

その他()

8 後継年金
受 取 人

指定・変更

改姓・訂正

取消

氏名

フリガナ

年金受取人からみた続柄

配偶者

子

その他()

9 年金受取人
(指定されている方
のみご記入ください)

契 約 者

被 保 険 者

募集人記入・押印欄

受領日/受領者印

年

月

日

印

募集人様がお手続き書類を取り次
ぎされる場合は、必ず左欄に受領日
の記入と押印(自署でも可)のうえ
弊社サービスセンター宛にご返送
ください。

保険会社使用欄

拠点受付

本社受付



個人情報取扱について

個人情報取扱等について	
お客様の個人情報の利用目的	
エヌエヌ生命保険株式会社は、保険契約の締結などのお取引を安全・確実に進め、より良い商品・サービスの提供を行うため、個人情報を取得いたします。取得した情報は、以下の目的のために利用いたします。 ・各種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 ・関連会社・提携会社を含む各種商品・サービス等のご案内・提供(※) ・当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実(※) ・その他上記に関連・付随する業務(※) (※)お客様の取引履歴、ウェブサイトやアプリの閲覧履歴等の情報を分析して、お客様にニーズにあった各種商品・サービス等に関する広告等の配信等を行うことを含みます。 当社は個人情報保護に対する取組み姿勢として「個人情報保護方針(プライバシー・ポリシー)」を策定しております。 詳しい内容については、当社ホームページ(https://www.nnlife.co.jp/company/policies/cldata)にてご確認ください。	
二次元コードからもアクセスできます。	
	
個人情報の取扱等に関する確認・同意事項	
再保険の取扱について	
当社と保険契約者との間の保険契約について、引受リスクを適切に分散するために再保険(再々保険以降の再保険を含む)を行なうことがあります。また、再保険会社における当該保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等支払いに関する利用のために、再保険の対象となる保険契約の特定に必要な保険契約者の個人情報のほか、被保険者氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する情報、および医療・健康情報等の機微(センシティブ)情報など、当該業務遂行に必要な個人情報を再保険会社に提供することがあります。	
質権設定契約の取扱について	
当社と締結した生命保険契約に対して質権が設定された場合、当該質権の継続・維持管理に関する利用のために、質権の対象となる保険契約の特定に必要な保険契約者の個人情報のほか、被保険者氏名、性別、生年月日、死亡保険金等受取人の氏名、保険金額等の契約内容に関する情報など、当該業務遂行に必要な個人情報を質権者に提供する場合があります。	
契約内容登録制度・契約内容照会制度について	
「契約内容登録制度・契約内容照会制度」において、保険契約または特約付加等を申し込む場合に、各生命保険会社および全国共済農業協同組合連合会(「各生命保険会社等」)が保有するそれらに関する所定の情報(被保険者名、死亡保険金額、入院給付金日額等)が一般社団法人生命保険協会に登録されること、あるいは同じ被保険者について保険契約もしくは特約付加等の申込みまたは保険金もしくは給付金等の請求を行なう場合に、その登録内容が一般社団法人生命保険協会から各生命保険会社等に提供されること、およびこれらの情報が各生命保険会社等において保険契約もしくは特約付加等のお引受けの判断、または保険金もしくは給付金等のお支払の判断の参考にされることがあります。	
支払査定時照会制度について	
「支払査定時照会制度」は、保険金等の請求があった場合や、これらに係る保険事故等が発生したと判断される場合に、一般社団法人生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会(「各生命保険会社等」)が、当社を含む各生命保険会社等に対し、同制度に基づき、一般社団法人生命保険協会を通じ、各生命保険会社等が保有する保険契約等に関する(1)被保険者の氏名、生年月日、性別、住所 (2)保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故(照会を受けた日から5年以内) (3)保険種類、契約日、復活日、消滅日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金等受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金日額、各特約内容、保険料および払込方法等の全部または一部を照会した場合には、各生命保険会社等がそれらの照会に応じて情報を提供することがあります。また、これらの情報が各生命保険会社等による保険金等の支払等の判断の参考にされることがあります。	
口座振替扱の保険料請求について	
当社は、保険料の請求に関する利用のために、対象となる保険契約の特定に必要な保険契約者の個人情報のほか、保険料振替預金口座に関する情報など、当該業務遂行に必要な個人情報を該当の金融機関および保険料収納代行会社に提供することがあります。	

必要書類

必要書類

書類名	ご説明				
▶ 受取人変更・訂正請求書	記入例をご参照のうえ、必要事項をご記入・押印ください。 なお、個人のお客様(個人事業主を除く)は、押印を省略できます。				
▶ 保険証券 または本人確認書類	保険証券を紛失された場合、もしくはご提出されない場合、ご契約者様に関する以下本人確認書類の<u>いずれか1点</u>をご提出ください。 一括証券に関しては、原本のかわりにコピーでもお取扱いをいたします。なお、コピーをご提出いただく際には保険証券の保険証券番号記載面の全面をコピーのうえ、ご提出ください。あわせて、保険証券番号・保険契約者名・保険証券の(再)発行日が特定できることをご確認ください。 なお、一括契約の保険証券を紛失された場合は、別途、保険証券再発行の手続きが必要ですので、当社サービスセンターまでお問い合わせください。				
	<table><tr><td>個人の 本人確認書類</td><td>有効期限内で、氏名・住所・生年月日・書類名称・有効期限が特定できる部分のコピーをご提出ください。 ◆運転免許証(運転経歴証明書) 表裏両面コピー ◆マイナンバーカード 顔写真のある表面のコピー ※マイナンバーの記載がある裏面の提出は不要です。 ◆住民票の写しまたは住民票の記載事項証明書 発行後6ヶ月以内の原本またはコピー ※マイナンバーの記載がないものをご提出ください。</td></tr><tr><td>法人の 本人確認書類</td><td>◆法人の印鑑証明書(発行後6ヶ月以内) コピー可 ◆履歴事項全部証明書(発行後6ヶ月以内) コピー可</td></tr></table>	個人の 本人確認書類	有効期限内で、氏名・住所・生年月日・書類名称・有効期限が特定できる部分のコピーをご提出ください。 ◆運転免許証(運転経歴証明書) 表裏両面コピー ◆マイナンバーカード 顔写真のある表面のコピー ※マイナンバーの記載がある裏面の提出は不要です。 ◆住民票の写しまたは住民票の記載事項証明書 発行後6ヶ月以内の原本またはコピー ※マイナンバーの記載がないものをご提出ください。	法人の 本人確認書類	◆法人の印鑑証明書(発行後6ヶ月以内) コピー可 ◆履歴事項全部証明書(発行後6ヶ月以内) コピー可
個人の 本人確認書類	有効期限内で、氏名・住所・生年月日・書類名称・有効期限が特定できる部分のコピーをご提出ください。 ◆運転免許証(運転経歴証明書) 表裏両面コピー ◆マイナンバーカード 顔写真のある表面のコピー ※マイナンバーの記載がある裏面の提出は不要です。 ◆住民票の写しまたは住民票の記載事項証明書 発行後6ヶ月以内の原本またはコピー ※マイナンバーの記載がないものをご提出ください。				
法人の 本人確認書類	◆法人の印鑑証明書(発行後6ヶ月以内) コピー可 ◆履歴事項全部証明書(発行後6ヶ月以内) コピー可				

受取人の指定範囲

- **死亡保険金受取人について**
ご指定いただける範囲は、被保険者様の配偶者および三親等内の親族の方(親・子・兄弟姉妹・孫・祖父母・伯叔父母・甥姪・曾祖父母・曾孫)となります。なお、被保険者ご本人様を指定することはできません。
複数名指定することができます。分割割合は合計で100%となるよう整数でご記入ください。空欄は100%とみなします。
- **満期保険金受取人について**
養老保険で、ご契約者様が法人(個人事業主)の場合、満期保険金受取人はご契約者様に限ります。
- **ガン給付金受取人について**
被保険者様ご自身、配偶者および三親等内の親族の方から1名をご指定ください。
ガン保険の有期型(Ⅱ型・Ⅳ型・Ⅴ型)で契約者と被保険者が同じ場合は、契約者以外の指定はできません。
- **指定代理請求特約/リビング・ニーズ特約の指定代理請求人について**
被保険者様の配偶者・直系血族または兄弟姉妹、被保険者様と同居または生計を一にしている被保険者の三親等内の親族(親・子・兄弟姉妹・祖父母・孫・伯叔父母・甥姪・曾祖父母・曾孫)から1名をご指定ください。
指定代理請求特約/リビング・ニーズ特約が付加されており、現在指定代理請求人をご指定いただいている場合に限り、当請求書にて、変更・改姓・改名・訂正のお手続きが可能です。なお、指定代理請求特約/リビング・ニーズ特約付加をご希望の場合は、別途お手続きが必要ですので、当社サービスセンターまでお問い合わせください。
- **年金受取人/後継年金受取人について**
一時払変額年金保険について、年金受取人はご契約者様もしくは被保険者様のいずれかに限ります。新契約者様と被保険者様が同一の場合、年金受取人はご記入にかかわらず必ず新契約者様ご本人となります。また年金開始日以降の年金受取人変更は、被保険者様への変更に関限りお手続きできます。
後継年金受取人の指定範囲は年金受取人様の配偶者および三親等内の親族に限ります。

お手続きについて

- ご契約が失効している場合、受取人変更のお手続きはできませんので、復活手続きのうえ、請求ください。
- ご契約者様もしくは被保険者様が未成年の場合、または成年後見制度を利用している場合などは、別途書類が必要となりますので、ご請求される前に当社サービスセンターまでお問い合わせください。なお、親権者もしくは後見人が複数人存在する場合は、全員合意のうえ、代表者様よりご請求ください。

受取人変更・訂正請求書記入例

- 記入は黒色のボールペンをご使用ください。消えるボールペンは使用できません。
- 枠内をすべてご記入のうえ、押印してください。
- 法人のお客様で訂正が必要な場合は、二重線で抹消のうえ必ずご契約者様の「請求・同意印」と同一の印を押印し、被保険者様が自署(フルネーム)してください。
- 個人のお客様(個人事業主を除く)で訂正が必要な場合は、二重線で抹消のうえご契約者様ならびに被保険者様がフルネームで自署してください。

ご契約者様が個人の場合

ご契約者様のお名前・日中連絡先をご記入ください。

ご契約者様が法人の場合

ご契約者様の法人名・代表者職位・代表者名・日中連絡先をご記入ください。(法人のゴム印可)

ご請求内容に○印をご記入ください。

受取人変更の場合

新受取人様の氏名・フリガナ・性別・生年月日・続柄・分割割合をご記入ください。
分割割合は合計で100%となるよう整数でご記入ください。

受取人改姓の場合

受取人様の改姓後の氏名・フリガナをご記入ください。

氏名・フリガナ・続柄訂正の場合

受取人様の訂正後の氏名・フリガナをご記入ください。

続柄訂正の場合は、訂正後の続柄に○印をご記入ください。

受取人変更・訂正請求書

エヌエヌ生命保険株式会社 御中

社用欄

貴社の保険約款にしたがって、下記契約の受取人変更を請求します。
契約内容の変更事項については、「お手続き完了のお知らせ」および再発行保険証券(一括証券換契約の場合は被保険者名簿)にて通知する場合があります。
ご記入いただいた電話番号に当社から照会・確認のお電話をさせていただきます。ご記入ください。

1 保険証券番号	1 2 3 4 5 6 7 8	2 記入日	請求書を送る日付 2024 年 12 月 2 日
3 請求者 (契約者)	法人名および代表者職位・氏名(ゴム印可)/個人の場合は氏名(自署) 山田 太郎 日中連絡先 (03) 1111 - 2222 (旧当番名/部室名) ご記入いただいた電話番号に当社から照会・確認のお電話をさせていただきます。ご記入ください。		
4 契約者と同じ場合は 被保険者	氏名(自署) 山田 愛子 被保険者様の同意確認の為、必ず被保険者様が自署ください。		

保険証券またはご契約者様の本人確認書類をあわせてご提出ください。			
5 死亡保険金 死亡給付金 収入保障年金 等の 受取人	変更 改姓・改名 訂正	フリガナ ヤマダ イチロウ 氏名 山田 一郎 性別 男 女 生年月日 昭和 63 年 6 月 1 日	配偶者 (子) 分割割合 100 % 親 兄弟姉妹 法人(雇用主) その他 ()
6 ガン給付金 受取人 (指定されている方のみ ご記入ください)	変更 改姓・改名 訂正	フリガナ ヤマダ アイコ 氏名 山田 愛子 性別 男 女 生年月日 昭和 63 年 10 月 1 日	本人 配偶者 (子) 親 兄弟姉妹 法人(雇用主) その他 ()
7 指定代理請求人 (指定されている方のみ ご記入ください)	変更 改姓・改名 訂正	フリガナ 氏名	配偶者 (子) 親 兄弟姉妹 その他 ()
8 後継年金 受取人	指定・変更 改姓・訂正 取消	フリガナ 氏名	年金受取人 契約者 被保険者

- 死亡保険金受取人を4名以上ご指定される場合は、追加書類が必要です。当社サービスセンターまでお問い合わせください。
- 新受取人様となれる範囲は、必要書類の「受取人の指定範囲」をご参照ください。

証券番号をご記入ください。(印字されている場合は必ずご確認ください。)

請求書を送る日付をご記入ください。

請求・同意印を押印ください。

ご契約者様が個人の場合
押印は不要です。

ご契約者様が法人の場合
登記印を押印ください。

被保険者様ご自身がご記入ください。
以下の場合は記入不要です。
●ご契約者様と同じ場合
●改姓・改名・訂正のお手続きの場合

ガン給付金受取人の変更をご希望の場合のみ、ご記入ください。

指定代理請求特約/リビング・ニーズ特約の指定代理請求人の変更をご希望の場合のみ、ご記入ください。

後継年金受取人の指定・変更をご希望の場合にご記入ください。

年金受取人の指定
契約者または被保険者のどちらかを選択ください。

ご不明点のお問い合わせは、こちらで承ります。

エヌエヌ生命サービスセンター

0120-521-513 <https://www.nnlife.co.jp>

9:00~17:00(土・日・祝日および12/31~1/3を除く)

マイページにご登録ください。

スマホやパソコンで、簡単に契約内容の照会や住所変更のお手続きなどをご利用いただけます。



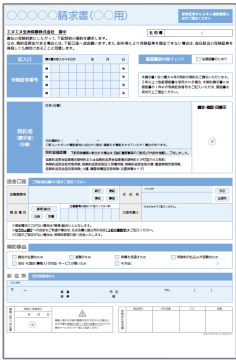
マイページのご登録には
こちらのコードから



お手続きには本人確認書類のご提出が必要です

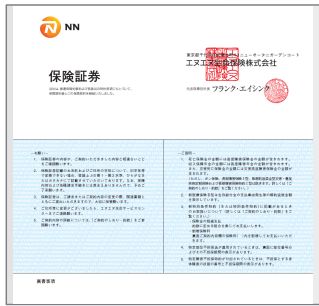
必要書類 **A** + (**B** または **C**) をご提出ください。

A 各種お手続きの請求書



+

B 有効な
保険証券



または

C

発行日から6ヶ月以内の

- 法人の印鑑証明書
- 履歴事項全部証明書（登記簿謄本）

いずれかひとつの
原本またはコピー

C 本人確認書類について

法務局にて発行したものに限りです。

本人確認書類

注意事項

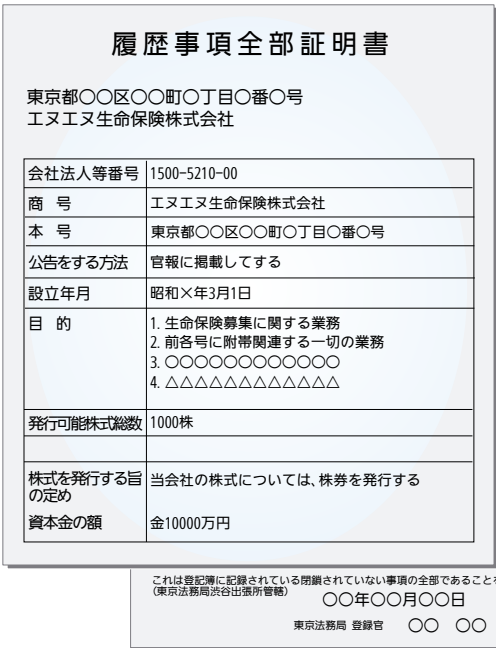
法人の
印鑑証明書



発行日から6ヶ月以内の原本またはコピーを
ご提出ください。

貴社でご登録されている印鑑の印鑑証明書を
ご提出ください。

履歴事項全部証明書
（登記簿謄本）



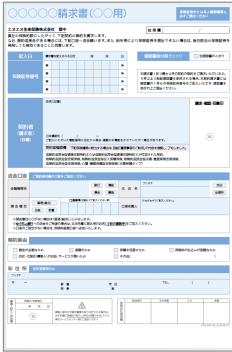
発行日から6ヶ月以内の原本またはコピーを
ご提出ください。

「履歴事項全部証明書」は一部分のみではなく
全ページをご提出ください。

お手続きには本人確認書類のご提出が必要です

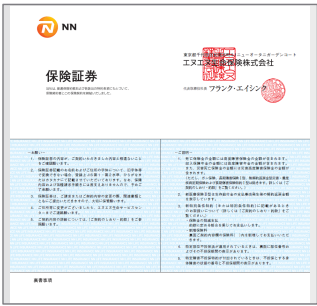
必要書類 **A** + (**B** または **C**) をご提出ください。

A 各種お手続きの請求書



+

B 有効な
保険証券



または

C

以下の本人確認書類
からいずれかひとつ

C 本人確認書類のコピーの取り方について

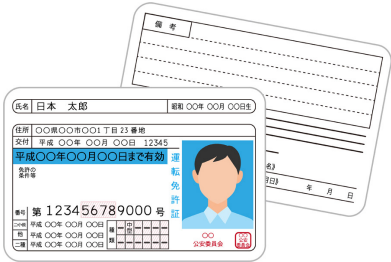
有効期限内のものをA 4 サイズの用紙にコピーのうえ、切り取らずにご提出ください。(全体が鮮明に写ったもの)

本人確認書類

注意事項

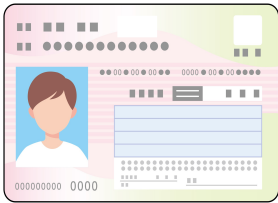
運転免許証
(運転経歴証明書)

表裏両面のコピーをご提出ください。



マイナンバーカード

顔写真のある表面のコピーをご提出ください。
※マイナンバーの記載がある裏面の提出は不要です。



住民票の写し
(住民票の記載事項証明書)

発行後6ヶ月以内の原本またはコピー
※マイナンバーの記載がないものをご提出ください。





料金受取人払郵便

赤坂局承認

5025

差出有効期間
2028年6月
30日まで

切手を貼らずに
お出しください。

氏名	住所
	〒

〈差出人〉

エヌエヌ生命保険株式会社
サービスセンター 行
赤坂郵便局私書箱110号
(受取人)



該当するお手続きをチェックしてください。

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ ご用立て金ご請求 | ☐ 給付金のご請求 |
| ☐ 名義変更・住所変更 | ☐ 保険料お支払関係書類 |
| ☐ その他 | ☐ インターネットサービス関係 |

1 0 7 - 8 7 8 0

定形郵便物 2 2 7



宛名ラベルのご使用方法

- ①左記宛名ラベルは、請求書とその他同封書類をお送りいただく際に限りご利用になれます。
- ②サイズを変えずに印刷してご利用ください。
- ③点線の切り取り線に合わせて裁断してください。
- ④定型の封筒の左上に合わせて、貼り付けてください。
- ⑤差出人欄に、必ずご住所・ご氏名をご記入ください。

ご 注 意

- ・印刷する際は、サイズ変更（拡大・縮小）をしないでください。
- ・定型の封筒をご用意ください。
- ・宛名ラベルが剥がれないようにしっかり糊付けしてください。
- ・この宛名ラベルには使用期限がございます。使用期限が過ぎている場合は使用できませんのでご注意ください。
- ・第三者への譲渡等を禁止します。

料金受取人払郵便	1 0 7 - 8 7 8 0
赤坂局承認	定形郵便物 2 2 7
5025	
差出有効期間 2028年6月 30日まで	エヌエヌ生命保険株式会社 サービスセンター 行 赤坂郵便局私書箱110号 (受取人)
切手を貼らずに お出しください。	
氏名 住所	
〒	
該当するお手続きをチェックしてください。 ☐ ご用立て金ご請求 ☐ 給付金のご請求 ☐ 名義変更・住所変更 ☐ 保険料お支払関係書類 ☐ その他 ☐ インターネットサービス関係	