

エヌエヌ生命保険株式会社 受取人変更・訂正 のご案内

受取人変更・訂正のご請求について、下記のとおりご案内いたします。

個人情報取扱等について

2

◎まずはこちらをご一読ください。

チェック

必要書類について

3

◎もれがないようにおとりまとめください。

記入方法・お手続きについて

4

◎請求書をご記入の際に ご確認ください。

ご提出

受取人変更・訂正請求書

5

◎説明・記入方法等をご確認のうえ、ご記入・押印して ご提出ください。

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

受付時間

9:00～17:00

(土・日・祝日および12/31～1/3を除きます)

月曜日など休日明けは、大変混み合いますので、
あらかじめご了承ください。

<https://www.nnlife.co.jp>

ホームページからお問い合わせいただくこともできます。
(ご回答には原則2営業日ほどのお時間を頂戴しております。)

1



個人情報の取扱等について

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、個人情報を収集いたします。収集した情報は、以下の目的のために利用いたします。

- (1)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
- (2)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
- (3)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
- (4)その他上記に関連・付随する業務

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/>)にてご確認ください。

個人情報の取扱等に関する確認・同意事項

<下記の項目を確認・同意のうえ、お手続きください。>

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。

必要書類について

必要書類ご準備の際、
チェックしてご利用ください

ご請求者様にご準備いただく必要書類は以下のとおりです。


書類名	内容・ご説明	発行場所
<input type="checkbox"/> 受取人変更・訂正請求書	記入方法をご参照のうえ、必要事項を <u>請求者様ご自身</u> でご記入・押印ください。 改姓・改名・訂正のお手続きの場合、ご加入中の当社すべてのご契約に関し、請求書をご提出いただく必要があります。	本案内⑤の書類です。
<input type="checkbox"/> 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は、現在のご契約者様の本人確認書類(下記参照)のご提出が必要となります。 なお、一括契約扱の保険証券を紛失された場合は、別途、保険証券再発行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。	お手元のもの

※一括証券に関しては、原本ご提出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。

本人確認書類

本人確認書類の提出が必要な場合は、
下記の書類の中からいずれか1つ
をご提出ください。

* 下記以外の本人確認書類につきましては当社サービスセンターまでお問い合わせください。

ご自身がお持ちの書類	 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
<input type="checkbox"/> 運転免許証または運転経歴証明書	<u>表裏両面</u> のコピー
<input type="checkbox"/> 公的保険制度の被保険者証	各種健康保険証・後期高齢者医療被保険者証・介護保険被保険者証等のコピー ※カード型保険証の場合は裏面 住所欄のコピーも必要です。
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	顔写真のある <u>表面</u> のコピー(マイナンバーの記載がある <u>裏面の提出は不要</u> です)
<input type="checkbox"/> パスポート	顔写真ページの見開きと所持人記入欄(現住所の記載があるページ)のコピー
証明書類	ご説明
<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 または 住民票(住民票の記載事項証明書)※	発行から <u>6ヶ月以内</u> の原本またはコピー ※ 住民票(住民票の記載事項証明書)へのマイナンバーの記載は <u>不要</u> です。
法人の本人確認書類	ご説明
<input type="checkbox"/> 履歴事項全部証明書または 印鑑証明書	発行から <u>6ヶ月以内</u> の原本またはコピー

ご確認ください!

受取人変更・訂正請求書 記入方法

- ◎黒のボールペンではっきりとご記入ください。
- ◎太枠内はご契約者様(被保険者欄は被保険者様)ご自身でご記入のうえ、自署・押印ください。
- ◎訂正は二重線で抹消のうえ、「請求・同意印」を押印ください。被保険者様による訂正が必要な場合は二重線で抹消のうえ、自署(フルネーム)ください。
- ◎ご契約者様および被保険者様の氏名・名称は、戸籍上の氏名もしくは商業登記簿上の名称をご記入ください。

記入欄	ご説明
記入日欄	請求書を記入される日付をご記入ください。
保険証券番号欄	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)。
請求者欄	<ul style="list-style-type: none">・ご請求者様のお名前・電話番号をご記入ください。<法人の場合> 法人名・代表者職位・代表者名をご記入ください(法人ゴム印可)。また、ご担当者様のお名前・所属部署名もご記入ください。請求・同意印は 法人登記印 を押印ください。<個人の場合> 請求・同意印は 認印 を押印ください。・以下の場合は、被保険者名の記入を省略いただけます。<ul style="list-style-type: none">→ ご契約者様と同一の場合→ 改姓・改名・訂正(氏名・フリガナ・続柄)のみのお手続きの場合
死亡保険金受取人 死亡給付金受取人 収入保障年金受取人 欄	<ul style="list-style-type: none">・請求内容をご選択いただき、氏名、性別、生年月日、被保険者様からみた新受取人様の続柄をご記入ください。・受取人を複数指定する場合は、各受取人の分割割合を1%単位でかつ分割割合の合計が100%となるようにご記入ください。・受取人の指定が1名で、かつ分割割合が未記入の場合は、受取人割合が100%と指定されたものとみなします。・その他の受取人等を変更する場合は、「 [] 」に「○○○○人」(例：指定代理請求人等)とご記入のうえ、右側の欄に変更内容をご記入ください。・受取人を4名以上指定する場合は、「受取人変更・訂正請求書」を追加でご提出ください。
ガン給付金受取人欄	請求内容をご選択いただき、氏名、性別、生年月日、被保険者様からみた新受取人様の続柄をご記入ください。
後継年金受取人欄	請求内容をご選択いただき、氏名、年金受取人様からみた新受取人様の続柄をご記入ください。

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、ご請求ください。
- 原則としてご契約1件につき、請求書1通をご提出ください。
- 年金支払開始後に年金受取人の変更・訂正のお手続きをされる場合、請求書中にある「契約者」の表記は「年金受取人」と読み替えます。
- 新受取人様となれる範囲は以下の通り、保険種類によって異なります。(法人契約または個人事業主契約を除く)

保険種類	新契約者・新受取人の範囲
一時払変額年金保険・一時払変額終身保険・ 低解約返戻金型一時払終身入院保険・ 低解約返戻金型一時払終身入院保険(死亡保険金通増型)	被保険者様の配偶者および三親等以内の親族
上記以外の保険種類	被保険者様の配偶者および二親等以内の血族

- ガン保険の有期型(Ⅱ型・Ⅳ型・E型)でご契約者様と被保険者様が同じ場合、ガン給付金受取人はご契約者様に限ります。
- 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以内の親族に限ります。
- 後継年金受取人がすでに指定されているご契約について年金受取人を変更される場合は、あらかじめ後継年金受取人をご指定ください。この場合、新たな後継年金受取人の指定範囲は、新たな年金受取人の配偶者および三親等以内の親族に限ります。ご記入のない場合は「取消」として取り扱います。
- 指定代理請求特約およびリビング・ニーズ特約に関する手続きは別途「指定代理請求特約/リビング・ニーズ特約 中途付加・変更請求書」のご提出が必要です。
- 以下の場合は別途書類が必要となりますので、ご請求をされる前に当社サービスセンターにお問い合わせください。
 - ご契約者様もしくは被保険者様が未成年者である場合、または成年後見制度を利用している場合※1 ※2
 - ※1 ご契約者様もしくは被保険者様のご自身で請求者もしくは同意者となることはできません。
 - ※2 親権者もしくは後見人等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

社用欄

保険証券と一緒に
ご提出ください

エヌエヌ生命保険株式会社 御中

貴社の保険約款にしたがって、下記事項を請求します。

契約内容の変更事項については、約款に規定する保険証券への裏書(表示)に代えて「手続完了のお知らせ」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ります。また、紛失等により保険証券を提出できない場合は、後日該当の保険証券を発見しても無効であることに同意します。

記入日 請求書を
記入される日付 年 月 日

保険証券番号 第 号

⚠️ 上記記載事項および、本案内 ② 「個人情報の取扱いに関する確認・同意事項」の内容を確認・同意のうえ、請求します。

請求者 契約者

自署

被保険者

日中連絡先 () (法人の場合 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。
契約者と同じ場合は省略できます。

印

請求・同意印

死亡保険金 受取人	ご選択ください	変更 改姓・改名 訂正	氏名 フリガナ	性別 男 女	生月 年 日	大 昭 平	年 月 日	被保険者からみた続柄	配偶者 親 子 兄弟姉妹 法人(雇用主) その他()	分割割合	%
	ご選択ください	変更 改姓・改名 訂正	氏名 フリガナ	性別 男 女	生月 年 日	大 昭 平	年 月 日	被保険者からみた続柄	配偶者 親 子 兄弟姉妹 法人(雇用主) その他()	分割割合	%
	ご選択ください	変更 改姓・改名 訂正	氏名 フリガナ	性別 男 女	生月 年 日	大 昭 平	年 月 日	被保険者からみた続柄	配偶者 親 子 兄弟姉妹 法人(雇用主) その他()	分割割合	%
ガン給付金 受取人	ご選択ください	変更 改姓・改名 訂正	氏名 フリガナ	性別 男 女	生月 年 日	大 昭 平	年 月 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()		
後継年金 受取人	ご選択ください	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()		
年金受取人	ご選択ください	<input type="checkbox"/> 契約者を年金受取人に指定します <input type="checkbox"/> 被保険者を年金受取人に指定します									

【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お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。

保険種類() BN <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 改姓・訂正 <input type="checkbox"/> 他ロール() <input type="checkbox"/> 指定 <input type="checkbox"/> 取消 反社 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	保険会社使用欄	拠点受付	本社完備	入力	承認	スキャン
---	---------	------	------	----	----	------

<後継年金受取人指定・変更・取消>

受取人変更・訂正請求書

社用欄

エヌエヌ生命保険株式会社 御中
 貴社の保険約款にしたがって、下記事項を請求します。
 契約内容の変更事項については、約款に規定する保険証券への裏書(表示)に代えて「手続完了のお知らせ」および再発行保険証券(一括証券発給の場合は被保険者名簿)にて通知する場合があります。また、紛失等により保険証券を提出できない場合は、後日該当の保険証券を発給しても無効であることに同意します。

記入 **①** 請求書記入される日付 2019年 3月 1日

保険証券 **②** 第 1 2 3 4 5 6 7 8 号

▲上記記載事項および、本表内 **②**「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。

契約者	③	山田 太郎	④	認印
請求者 自署	日中連絡先 (03) 1111 - 1111 (法人の場合 担当氏名/部署名を記入いただいた電話番号に当社から照会・確認の電話をさせていただきます。契約者と異なる場合は省略できます。)			
被保険者	⑤	山田 花子		

死亡保険金受取人	変更	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	配偶者()	子()	分割割合	%
死亡給付金受取人	訂正	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	親()	兄弟姉妹()	%	%
収入保障年金受取人	変更	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	親()	兄弟姉妹()	%	%
その他の受取人等	訂正	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	親()	兄弟姉妹()	%	%

ガン給付金受取人	変更	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	本人()	配偶者()	子()	親()
後継年金受取人	訂正	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	兄弟姉妹()	法人(雇用主)()	%	%
年金受取人	指定・変更	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	配偶者()	子()	%	%
年金受取人	取消	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	配偶者()	子()	%	%

契約者を年金受取人に指定します

被保険者を年金受取人に指定します

<記入箇所>

- ① 書類を記入した日をご記入ください。
- ② 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)。
- ③ ご契約者様ご自身がご記入ください。
- ④ ご契約者様の認印を押印ください。
- ⑤ 被保険者様ご自身がご記入ください。(ご契約者様と同じ場合は省略可能です)。
- ⑥ 『指定・変更』に○印をし、新後継年金受取人様の氏名・フリガナをご記入ください。
- ⑦ 年金受取人様から新後継年金受取人様をみた場合の続柄に○印をご記入ください。

<注意事項>

- 日中連絡先について
お手続きについて、当社より照会・確認させていただく場合がございますので、日中に連絡のとれる電話番号をご記入ください。
- 後継年金受取人の範囲について
ご指定いただける範囲は、年金受取人様の配偶者および三親等以内の親族の方となります。
(三親等以内の親族＝親・子・兄弟姉妹・祖父母・孫・伯叔父母・甥姪)
- 請求書の記入内容を訂正された場合
訂正箇所は二重線で抹消し、ご契約者様の請求・同意印による訂正印の押印ならびに被保険者様自署(フルネーム)にて訂正ください。

◆後継年金受取人変更の場合◆

⑧ 『指定・変更』に○印をし、新受取人様の氏名・フリガナをご記入ください。

⑨ 年金受取人様から新後継年金受取人様をみた場合の続柄に○印をご記入ください。

後継年金受取人	指定・変更	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	配偶者()	子()	親()
後継年金受取人	取消	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	兄弟姉妹()	法人(雇用主)()	%
後継年金受取人	指定・変更	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	配偶者()	子()	%
後継年金受取人	取消	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	配偶者()	子()	%

◆後継年金受取人取消の場合◆

⑩ 『取消』に○印をご記入ください。氏名・フリガナ・続柄のご記入は不要です。

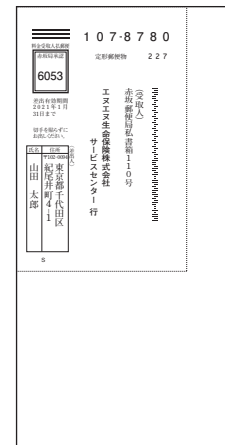
後継年金受取人	指定・変更	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	配偶者()	子()	親()
後継年金受取人	取消	フリガナ	氏名	性別	生年月日	大(昭)平(年)月日	兄弟姉妹()	法人(雇用主)()	%

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、必ずお客様のご氏名・ご住所をご記入ください。

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。



107-8780

定形郵便物 227

料金受取人払郵便

赤坂局承認

6053

差出有効期間
2021年1月
31日まで

切手を貼らずに
お出しください。

氏名	住所
	〒

（差出人）

サービスセンター 行

エヌエヌ生命保険株式会社

赤坂郵便局私書箱110号
(受取人)



S