

エヌエヌ生命保険株式会社

住所変更のご案内

住所変更について、下記のとおりご案内いたします。

チェック

個人情報の取扱等について 必要書類について

2 3

◎まずはこちらをご一読ください。

住所変更届 記入例

4

◎変更届をご記入の際にご確認ください。

ご提出

住所変更届

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。

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。

A ご請求必要書類



B 追加必要書類

該当する場合はあわせてご提出ください。

A ご請求必要書類

書類名	内容・ご説明	発行場所
<input type="checkbox"/> 住所変更届	記入方法をご参照のうえ、必要事項を請求者様ご自身でご記入・押印ください。	本案内④の書類です。

B 追加必要書類

↓ 当社登録住所が不明な場合

書類名	内容・ご説明	発行場所
<input type="checkbox"/> 本人確認書類	現在当社に登録している住所が不明の場合、当社登録住所欄のご記入に代えて請求者様の氏名・生年月日・新住所が確認できる本人確認書類(本案内③参照)をご提出ください。	お手元のもの

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	表裏両面のコピー
<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)
<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6ヶ月以内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不要です。

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6ヶ月以内の原本またはコピー

MEMO

住所変更届のご記入方法

- ◎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(被保険者住所のみの変更の場合は被保険者様でも可、以下同じ)ご自身でご記入のうえ、自署・押印してください。
- ◎訂正は二重線で抹消のうえ、必ず「請求・同意印」を押印ください。

1 変更届を記入される日付をご記入ください。

2 ご加入契約のうちいずれか1件の保険証券番号をご記入ください。

その他のご契約についても同時に変更します。

3 ご契約者様または被保険者様のお名前・電話番号をご記入のうえ、請求印を押印ください。

日中連絡先には日中連絡がとれる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、日中に連絡可能な電話番号・ご担当者のお名前・所属部署名もご記入ください。

請求・同意印欄には**法人登記印**を押印ください。

<個人の場合>

ご契約者様ご自身でご記入ください。

請求・同意印欄には**認印**を押印ください。

<被保険者様のご住所のみ変更される場合>

被保険者様ご自身でご記入ください。

請求・同意印欄には**認印**を押印ください。

4 現在当社にお届けいただいているご請求者様のご住所(変更前住所)をご記入ください。

5 ご契約者様の新住所・新電話番号をご記入ください。新住所のフリガナもご記入ください。

「様方」を指定する場合は、住所変更される方と様方との続柄をご記入ください。

住所変更届

エヌエヌ生命保険株式会社 留中

貴社の保険約款にしたがって、下記契約の住所変更手続きを請求します。本票により貴社提出住所を変更する事が、下記証券番号以外の貴社・生命保険契約において、契約者、受取人等である場合は、本票をもってそのすべての届出住所が新住所に変更されることに同意します。

記入日 2019年2月1日

保険証券番号 第 1 2 3 4 5 6 7 8 号

△上記の諸事項の内容を確認・同意のうえ、請求します。

契約者 山田商店(株) 代表取締役 山田 太郎

日中連絡先 03-1234-5678 (法人の場合、担当者名を 山本次郎/経理部)

フリガナ トウキョウト シンジュク ニシシンジュク

〒160-0023

当社登録住所 東京 新宿 西新宿 1-100-102

ご契約者様の住所変更 契約者様のご住所を変更される場合、下記にご記入ください。

フリガナ トウキョウト シンジュク キョウイチョウ

〒102-0023

新住所 東京 千代田 紀尾井町 1000番地 紀尾井町マンションA02号 203号

新電話番号 (03) 1234 - 5678

ご契約者様以外の住所変更 被保険者様、受取人様のご住所を変更される場合、下記にご記入ください。

氏名 山田 花子

フリガナ

新住所

新電話番号

訂正した箇所には、二重線で抹消のうえ、必ず「請求印」を押印ください。

6 被保険者様または受取人様の新住所をご記入ください。ご契約者様と同時かつ同一住所に転居される場合は、該当者名を記入のうえ、「契約者新住所と同じ」にチェックをご記入ください。ただし、携帯電話番号は個人固有の番号としてお取り扱いいたします。

【お手続きについて】

- 住所変更届は新住所への転居が完了してからお手続きください。
- ご契約者様からのご請求により、契約者・被保険者・受取人等の住所を変更します。なお、変更の対象となる方が変更届に記載された保険証券番号以外の契約において、契約者・被保険者・受取人等である場合は、同時にそれらの届出住所についても変更します。
- 原則として、契約者が法人である場合は登記簿上の本店所在地を、同じく個人である場合は住民票上の住所をご記入ください。今後の保全手続き等において、届出住所は請求者の本人確認を実施する際の要件のひとつとなります。
- 海外に居住される場合、海外のご住所は登録できませんので、国内在住の親族宅へ変更してください。
- ご契約者様が法人の場合、携帯電話番号の登録はできません。
- 団体扱の事業保険契約がある場合は、この変更届をもって団体の通信先住所も変更します。
- 新住所の様方・気付での登録については、住所変更される方が新住所に居住されている場合に限りです。ただし、ご契約者様が法人である場合は登録できません。なお、様方・気付での登録には住所確認のため、別途書類のご提出をいただく場合がございます。
- 年金支払開始後に年金受取人の住所変更のご請求をされる場合、請求書中の「契約者」を「年金受取人」とお読み替えください。
- 契約者が未成年者である場合、あるいは成年後見制度を利用している場合など、ご契約者様ご自身が請求者となれないケースを含めて特殊な状況がある場合は、ご請求に際して別途書類が必要となりますので、ご請求をいただく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。

住所変更届

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、下記契約の住所変更手続きを請求します。
本届により貴社届出住所を変更する者が、下記証券番号以外の貴社・生命保険契約において、契約者、被保険者、受取人等である場合は、本届をもってそのすべての届出済み住所が新住所に変更されることに同意します。

記入日	変更届を 記入される日付	年	月	日
保険証券番号	第			号

⚠ 上記記載事項の内容を確認・同意のうえ、請求します。

請求者 自署	契約者 または 被保険者	日中連絡先 () - (法人の場合 担当者名/部署名)			印	請求・同意印
	フリガナ	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。				
当社登録住所	〒	都道府県	市区郡	当社登録住所が不明な場合は新住所記載の本人確認書類をご提出ください。		

ご契約者様の住所変更

ご契約者様のご住所を変更される場合、下記にご記入ください。

新住所	フリガナ	〒	都道府県	市区郡	() 様方 続柄
新電話番号	()	-	()	-	

ご契約者様以外の住所変更

被保険者様、受取人様のご住所を変更される場合、下記にご記入ください。

氏名	変更者をご契約者様と同じ新住所へ転居される場合は、左記にお名前をご記入のうえ、あわせて下記にチェックをご記入ください。				
	<input type="checkbox"/> 契約者新住所と同じ (新住所の記入省略可)				
新住所	フリガナ	〒	都道府県	市区郡	() 様方 続柄
新電話番号	()	-	()	-	

保険会社使用欄 <input type="checkbox"/> 他ロール ()	拠点受付	本社完備	入力	承認	添付資料

