

給付金請求書(法人用)

エヌエヌ生命保険株式会社 御中

社用欄

貴社約款および特約条項の規定により、下記契約の支払を請求します。
なお、振り込みが完了した場合、貴社宛にあらためて領収証は提出しません。また、支払内容・変更事項については、約款に規定する保険証券の裏書(表示)にかえて「お支払い手続完了のお知らせ」にて通知する場合がありますことに同意します。



保険証券番号	第																		号
	第																		号
	第																		号
	第																		号

記入日	請求書を記入される日付	年	月	日
被保険者名	治療を受けられた方			
受取人 (請求者) (ゴム印可)	法人名および代表者職位・氏名			
	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。			
		請求・同意印		

送金口座

ご契約者である法人様名義の口座をご指定ください

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協	支店名	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本店
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号(右詰めでご記入ください)	口座名義人
		※カタカナでのご記入ください。	

※預金種目に○がない場合は「普通(総合)」とみなします。
※ゆうちょ銀行への送金をご希望の場合は、支店名欄に振込用の店名(3桁の漢数字)をご記入ください。

募集人記入 押印欄	受領日/受領者印	 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
	年 月 日	

保険会社 使用欄	拠点受付	本社受付

OW																			
LA																			

必要書類

必要書類

下記の書類は必ずご提出ください。

書類名	ご説明
▶ 給付金請求書(法人用)	記入例をご参照のうえ、必要事項を 法人様にて ご記入ください。
▶ 承諾書	被保険者様ご本人がご記入・押印のうえ、ご提出ください。
医療証明書 ▶ 入院・手術証明書(診断書) または 入院(手術)状況報告書	▶ ガン保険をご請求の方 当社の入院・手術証明書(診断書)原本をご提出ください。 ※支払事由発生日が責任開始日(復活日)から2年を超えている場合には、他保険会社または病院書式のもので当社書式の記載内容が満たされている場合に限り、コピーでもお取り扱いいたします。 ただし、ご提出いただいた診断書の内容によっては、当社診断書のご提出をお願いする場合があります。
	▶ ガン保険以外の保険商品をご請求の方 別紙チャート「医療証明書のご提出について」をご確認のうえ、該当する書類をご提出ください。 ※入院(手術)状況報告書は、給付金受取人(ご請求者)様ご本人がご記入ください。

追加必要書類

不慮の事故が原因の場合は下記書類も併せてご提出ください。

▶ 事故(受傷)状況報告書	事故状況を詳しくご記入ください。 新聞報道等の記事があれば、コピーを添付してください。
▶ 交通事故証明書コピー	交通事故の場合は、自動車安全運転センター発行のコピーをご提出ください。

⚠ お手続きについて

保険金・給付金・年金等の各支払金につきましては、原則として必要書類が会社に到着した日の翌日からその日を含めて5営業日以内にお支払いさせていただきます。なお、各約款・特約・特則に規定する所定の事項(各支払金のお支払事由の有無の確認が必要な場合等)について確認が必要な場合には、併せて規定する所定の日数を経過する日をお支払期限とし、お支払いまでにお時間をいただくこととなりますので、あらかじめご了承ください。また、お支払期限を経過して各支払金をお支払いする場合には、遅延利息を付けてお支払いいたします。

個人情報等の取扱いについて

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。お手続きの前に、当社ホームページにてご確認ください(右記の二次元コードからもアクセスできます)。
URL: <https://www.nnlife.co.jp/company/policies/cldata>
当社ホームページにて確認ができない場合は、説明資料を送付します。当社サービスセンターまでお問合せください。
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を除く)



給付金請求書(法人用)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。
- 枠内をすべて受取人様が自署のうえ、押印してください。
- 記載内容を訂正する場合は、二重線で抹消のうえ必ず「請求・同意印」と同一の印を押印してください。

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)。

受取人(請求者)が同じ契約は、同一被保険者の場合に限り連記できます。

請求書を記入される日付をご記入ください。

被保険者様のお名前をご記入ください。

送金口座には、必ず受取人である法人様名義の口座をご指定ください。同一法人名義以外の口座への送金については、一切承ることができません。

口座名義人は、カタカナでご記入ください。

給付金請求書(法人用)

エヌエヌ生命保険株式会社 御中

社用欄

貴社約款および特約条項の規定により、下記契約の支払を請求します。
 なお、振り込みが完了した場合、貴社宛にあらためて領収証は提出しません。また、支払内容・変更事項については、約款に規定する保険証券の裏書(表示)にかえて「お支払い手続完了のお知らせ」にて通知する場合がありますこと同意します。

保険証券番号	第 1 2 3 4 5 6 7 8 号
	第 2 3 4 5 6 7 8 9 号
	第 号
	第 号

記入日	請求書を記入される日付	2022 年 11 月 2 日
被保険者名	治療を受けられた方	山田太郎
受取人 (請求者) (ゴム印可)	法人名および代表者職位・氏名	山田商店(株) 代表取締役 山田太郎
	日中連絡先 (03) 1111 - 2222 (担当名/部署名 経理部 山田次郎)	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。



送金口座	ご契約者である法人様名義の口座をご指定ください		
金融機関名	〇×	銀行 信組 支店名 渋谷	支店 出所 本店
預金種目	普通(組合)	口座番号(振込用紙に記載)	口座名義人 ヤマダショウテン(カ)
		1 2 3 4 5 6 7 7 6 5 4 3 2 1	

受領日/受領者印	年 月 日	印	振込受付	本社受付	OW										
請求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捺印(自署も可)のうえ、弊社サービスセンター宛にご送付ください。															

法人名・代表者職位・代表者名・電話番号をご記入ください。(法人のゴム印可)

請求書をご記入される担当者のお名前・所属部署名・日中に連絡可能な電話番号もご記入ください。

登記印を押印してください。

訂正した箇所には二重線で抹消のうえ、必ず「請求・同意印」を押印ください。

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



承 諾 書

私は、保険契約の存続および保険金等の支払可否の検討に必要な事実の確認のため、エヌエヌ生命保険株式会社の係員または同社の委託を受けた者に、下記事項に関する情報を開示することを承諾します。

あわせて、〈個人情報の取扱等に関する確認・同意事項〉についても内容を確認のうえ同意いたします。

私の診察、治療、または検査を行なった医師および病院・診療所ならびにその他関係者又は公的機関（警察・消防署・海上保安庁等）の方におかれましては、私に代わって、本書持参のエヌエヌ生命保険株式会社の係員または同社の委託を受けた者に、下記記載の情報を提供くださいますようお願いいたします。

なお、本書の写真複写（コピー）も有効とします。

記

- 以下の被保険者について診察、治療、または検査を行なった医師および病院・診療所ならびにその他関係者がその者に対して、以下の被保険者に関する傷病内容（傷病名・症状・治療内容・検査結果・既往傷病歴など）、飲酒数値（血中アルコール濃度・呼気アルコール濃度）および定期健康診断に関して説明しその証明書（診断書）を発行するとともに、カルテ・問診表・検査記録等の診察記録を開示・提供すること。
また本書持参の者が、医師（医療機関）に傷病内容、保険契約内容（責任開始期・告知日・告知内容等）および事故状況等を開示すること。
- 公的機関（警察・消防署・海上保安庁等）の担当者の方が、以下の被保険者に関する事故状況について説明すること。また本書持参の者が、公的機関に傷病内容、保険契約内容（責任開始期・告知日・告知内容等）および事故状況等を開示すること。

以上

被 保 険 者 名

被保険者生年月日

年 月 日

被保険者名（保険の対象となる方）・被保険者生年月日をご記入のうえ、下記太枠内に被保険者様にてご署名・ご捺印ください。

※ 被保険者様がお亡くなりになられている場合、もしくは被保険者様が健康状態等により記入できない場合は、ご親族様にてご署名・ご捺印ください。

承 諾 日

年 月 日

承 諾 者（氏 名）

印

被保険者との続柄

本 人 子 兄弟姉妹

配偶者 親 その他（ ）

住 所

事故（受傷）状況報告書

エヌエヌ生命保険株式会社 御中

下記の通り事故状況について報告します。

年 月 日 報告者

受傷者との関係

本人
 配偶者
 子
 勤務先
 その他 ()

受 傷 者	氏名				
事故発生日時	年 月 日	<input type="radio"/> 午前	<input type="radio"/> 午後	時 分頃	<input type="radio"/> 業務中 <input type="radio"/> 業務外
事故発生場所					
目 撃 者	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 →	氏名	住所		
飲 酒	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 →	種類	量	時間	
			<input type="radio"/> 本 <input type="radio"/> 杯	<input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時 ~ 時

1. 事故状況（事実を詳細にご記入ください。新聞記事等があれば添付してください。）

受傷原因及び状況

2. 受傷者が運転中の事故の場合、以下もご記入ください。

運 転 中 の 場 合	運 転 車 種	<input type="radio"/> 大型自動車 <input type="radio"/> 普通自動車 <input type="radio"/> 大型特殊自動車 <input type="radio"/> 自動二輪 <input type="radio"/> 小型特殊自動車 <input type="radio"/> 原付自転車(50cc 以下) <input type="radio"/> 自転車 <input type="radio"/> その他 ()
	運転免許証 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 →	免許番号 第 号

（記入上のご注意）

1. 受傷者(被保険者)本人または事故の状況のわかる方がご記入ください。
2. ご提出いただきました報告書で事故内容の詳細がわかりかねますときは、事故当時の模様をお伺いにあがることもございますので、あらかじめご了承ください。

エヌエヌ生命保険株式会社 御中

この度の給付金の請求に関し、以下のとおり報告いたします。
 下記記載事項は事実に相違なく、後日万一事実と異なる事が判明した場合は、給付金を返還いたします。また本件に関し貴社が必要とする事項について、医療機関等へ照会を行うことに同意します。
 (法人が受取人(請求者)の場合、医療機関等への照会について予め被保険者より同意を得ています。)

記入日	年 月 日
請求者 (給付金受取人)	印
※請求者が未成年または被後見人の場合は、親権者または後見人が記入押印ください	

被保険者名 (入院・手術をされた方) <small>※請求者(給付金受取人)ご本人の場合は記入不要です</small>	性別	男 女
	生年月日	年 月 日

初診日	年 月 日
-----	-------

▼入院についてご記入ください

入院(手術)の原因となった傷病名 およびその原因疾患(ある場合)	入院日	退院日	担当医師
	年 月 日	年 月 日	医師
	年 月 日	年 月 日	医師
	年 月 日	年 月 日	医師

▼手術についてご記入ください

※低解約返戻金型一時払終身入院保険には手術保障がないため記入不要です

手術日	年 月 日
手術名	

医療証明書のご提出について

【低解約返戻金型一時払終身入院保険専用】

STEP 1

他社または病院書式の診断書(コピー)がありますか？
 ※当社書式の記載項目が満たされている場合に限りです。
 (記載項目が満たされていない場合は、NOへお進みください)

YES

NO

STEP 2

入院日数は30日以内ですか？

YES

NO

ご提出いただく医療証明書は

他社診断書のコピー
 または
 病院書式診断書のコピー

ご提出いただく医療証明書は

- ・入院(手術)状況報告書
 (給付金受取人様ご記入)
- ・領収書コピー※

ご提出いただく医療証明書は

当社の診断書
 (医療機関にて発行)

※領収書がない場合は、退院証明書・入院期間証明書のコピーをご提出ください。

病院発行の領収書について

※原本の返却はいたしかねます。コピーをご提出ください。

①から④までの記載があることをご確認のうえコピーしてください。

患者番号		氏名		請求期間(入院の場合)	
XXXXXX		太郎 太郎		2020年01月01日~2020年01月10日	
受診科	入院日	退院日	費用区分	自割割合	本・家 区分
内科	10	10	01	0%	本
入院料	入院料	手術料	検査料	両保険	標準
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
注射	薬剤科	麻酔	麻酔	放射線	放射線
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
病理診断	病理診断科	食事療法	生活指導		
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX		
保険外	自割	自割	自割	自割	自割
自割	自割	自割	自割	自割	自割
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
合計	合計	合計	合計	合計	合計
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
領収書	領収書	領収書	領収書	領収書	領収書
合計	合計	合計	合計	合計	合計
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
東京都渋谷区渋谷 ○○○病院					

- | | |
|---|--------------------|
| ① | 患者名 |
| ② | 医療費の請求期間(入退院日、手術日) |
| ③ | 入院料(入院をされている場合) |
| ④ | 医療機関名 |

◆領収書・診療明細書に健康保険証の番号の記載がある場合には、プライバシー保護のため「記号」「被保険者番号」および「保険者番号」の箇所は、ご請求者様で復元できないように黒く塗りつぶし、番号が見えないようにしてください。

ご記入前に裏面の ご記入いただくにあたってのお願いをご確認ください。訂正の場合、必ず証明印による訂正印を押印願います。

入院・手術証明書(診断書)

1	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	
	カルテ番号()					
	入院(手術)の原因となった傷病名	ICD-10コード ()	傷病発生年月日			
	イ. アの原因		<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告			
	ウ. 合併症		<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告			
3	治療期間	初診日 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 終診 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 現在加療中			
4	入院期間	第1回目 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 現在入院中			
		第2回目 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 現在入院中			
		第3回目 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 現在入院中			
		第4回目以降の入院がありましたら、「入院日」~「退院日」をご記入ください。				
5	悪性新生物・上皮内新生物の場合	病理組織診断名	診断確定日		年 月 日	
		(p)TNM分類	T N M	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> 不詳		
		本人への病名告知	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 本人に病名告知がない場合告知した相手 → <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他()			
		抗悪性腫瘍剤使用	主な薬剤名	開始日	年 月 日	終了日
6	手術 ※ドレナージ等の処置もご記入ください	①~⑨のいずれかの番号をご記入ください		手術の種類		
		ア~ソの該当するもの全てをご記入ください。		①開頭術 ②穿頭術 ③開胸術・開心術・胸腔鏡下手術 ④開腹術・腹腔鏡下手術		
				⑤レーザー手術 ⑥ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 ⑦経尿道的 ⑧経腔的		
				⑨その他(具体的にご記入ください)		
				手術の内容		
				穿頭術の場合	ア.新たな穿頭 イ.既存の穿頭穴を使用	
				筋骨関係手術の場合	ウ.観血 エ.非観血	
				皮膚・皮下の手術の場合	筋・腱・靭帯の切開・切断・縫合を 才.伴う カ.伴わない	
				手指・足指の手術の場合	手術野は キ.MP関節より末梢 ク.MP関節上 ケ.MP関節より中枢	
				植皮・皮弁術の場合	コ.25cm以上 サ.25cm未満	
		口腔内手術の場合	顎骨を シ.削っている ス.削っていない			
		ファイバースコープまたはカテーテルによる手術の場合	セ.四肢 ソ.四肢以外(中枢)			
		手術の種類	手術の内容	手術名	手術日	診療報酬点数区分
		1		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年 月 日	K・J-()
		2		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年 月 日	K・J-()
		3		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年 月 日	K・J-()
		4回以上の手術がありましたら、「手術の種類」「手術の内容」「手術名」「手術日」「診療報酬点数区分」をご記入ください				
7	放射線・温熱療法	種類	診療報酬点数区分	部位	総線量	期間
		<input type="checkbox"/> 体外照射 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> その他()	M-()		Gy	開始日 年 月 日 終了日 年 月 日
8	意思能力	給付金請求の意味を理解し、それに基づいて意思表示を行うことができないと思われる場合は、右にチェックしてください。				<input type="checkbox"/> できない
上記のとおり証明(診断) します。			証明日		年 月 日	
病院または診療所の		所在地 名称 電話番号 診療科 医師氏名		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 印 </div>		

ご担当される先生へ

ご記入いただくにあたってのお願い

※訂正・追記の場合は、必ず証明印による訂正印・追記印を押印してください。(訂正日・追記日もご記入ください。)
※ボールペン等(鉛筆は不可)でご記入ください。

項目	ご記入にあたってご留意いただきたい点	備考													
2項	ア 入院(手術)の原因となった傷病名	<ul style="list-style-type: none"> ●原因となった傷病が複数ある場合は、すべてご記入ください。 ●「悪性新生物・上皮内新生物」の場合は5項にもご記入ください。 ●傷病発生日はお分かりになる範囲でご記入ください。(イ・ウも同様です。) 	<ul style="list-style-type: none"> ●原因となった傷病名(診断確定された場合は診断確定後の傷病名)と傷病発症年月日をご記入いただく項目です。 ●事故の場合は事故発生日をご記入ください。 												
	イ アの原因	<ul style="list-style-type: none"> ●アの原因となった傷病や事故があればご記入ください。 【例】糖尿病・高血圧症・交通事故 など ●原因となった傷病が複数ある場合は、すべてご記入ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ●保障内容や傷病によって給付金のお支払内容が異なる場合がありますので、原因となった傷病がある場合は必ずご記入ください。 例えば、アが「網膜症・腎不全」で、その原因が糖尿病の場合は「糖尿病」とご記入ください。 												
	ウ 合併症	<ul style="list-style-type: none"> ●入院加療の必要があった合併症をご記入ください。 ●該当する傷病が複数ある場合は、すべてご記入ください。 													
3項	治療期間	<ul style="list-style-type: none"> ●初診日は「貴院におけるアの傷病に関する最初の診察日をご記入ください。(貴院他科での診察を含みます。) ●「終診」「転院」「現在加療中」のいずれかをご選択ください。 													
4項	入院期間	<ul style="list-style-type: none"> ●入院が4回以上の場合は「第4回目以降」欄にご記入ください。記入しきれない場合は、別紙にご記入ください。その場合は「第4回目以降」欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙にも署名・押印ください。 													
5項	悪性新生物・上皮内新生物の場合	<ul style="list-style-type: none"> ●子宮頸部異形成でCIN3に該当する場合には、病理組織診断名にCIN3(高度異形成)をご記入ください。 ●病理組織学的検査をされている場合、病理組織診断名は必ずご記入ください。 ●「診断確定日」は最初に病理組織診断が確定された日をご記入ください。組織診断がない場合、その他の検査等をもとに診断確定された日をご記入ください。 ●「原発」「再発」「転移」についてはいずれかをご選択ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ●保障内容によって給付金のお支払内容が異なる場合がありますので、該当する場合には必ずご記入ください。 												
6項	手術	<ul style="list-style-type: none"> ●手術の種類と手術の内容をご選択のうえご記入ください。 ●手術給付金のお支払い対象となる場合がありますので、施行された手術をすべてご記入ください。「ドレーナージ術」、「胃ろう造設術」等を行った場合も、漏れなくご記入ください。 ●手術部位に左右の別がある場合は、該当の口にし点をつけてください。 ●手術が4回以上の場合は、4欄にご記入ください。記入しきれない場合は、別紙にご記入ください。その場合は4欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙にも署名・押印ください。 ●手術内容等で付記すべきことがありましたら、4欄にご記入ください。 ●同日に複数の手術を行った場合で、手術室を出てから再手術を行った場合は、その旨をご記入ください。 <p>【記入例】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>手術の種類</th> <th>手術の内容</th> <th>手術名</th> <th>手術日</th> <th>診療報酬点数区分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>㊟</td> <td>コ</td> <td>全層植皮術 □右 □左 □両側</td> <td>2019年 8月 1日</td> <td>㊟K-J-(013-2)</td> </tr> </tbody> </table>		手術の種類	手術の内容	手術名	手術日	診療報酬点数区分	1	㊟	コ	全層植皮術 □右 □左 □両側	2019年 8月 1日	㊟K-J-(013-2)	<ul style="list-style-type: none"> ●Kコード、Jコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます。
	手術の種類	手術の内容	手術名	手術日	診療報酬点数区分										
1	㊟	コ	全層植皮術 □右 □左 □両側	2019年 8月 1日	㊟K-J-(013-2)										
7項	放射線・温熱療法	<ul style="list-style-type: none"> ●照射中の場合は、種類・総線量・期間など照射済みの範囲でご記入ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ●Mコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます。 												
8項	意思能力	<ul style="list-style-type: none"> ●患者様に意思能力がない場合には□にし点をつけてください。 													

1 0 7 - 8 7 8 0

定形郵便物 2 2 7

料金受取人私郵便

赤坂局承認

8357

差出有効期間
2024年12月
31日まで

切手を貼らずに
お出しください。

差出人

氏名	〒
住所	



(受取人)
赤坂郵便局私書箱110号

エヌエヌ生命保険株式会社
サービスセンター 行

該当するお手続きをチェックしてください。

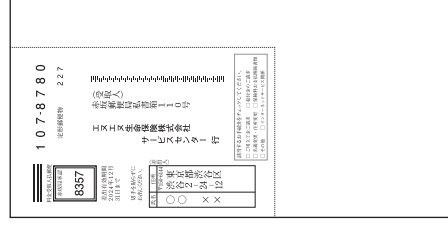
- ご用立て金ご請求 給付金のご請求
 名義変更・住所変更 保険料お支払関係書類
 その他 インターネットサービス関係

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。



✕

✕