

エヌエヌ生命保険株式会社

成年後見制度に関する届出 のご案内

成年後見制度に関する届出について、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

2

◎もれがないようにおとりまとめください。

成年後見制度に関する届出書 記入例

3

◎届出書をご記入の際にご確認ください。

ご提出

成年後見制度に関する届出書

4

◎説明・記入例等をご確認のうえ、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"/> 成年後見制度に関する届出書	記入方法をご参照のうえ、必要事項をご記入・押印ください。	本案内④の書類です。
<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 原本	成年後見制度に関する登記事項証明書をご提出ください。	法務局 (発行後6ヶ月以内)
<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 原本	成年後見人、保佐人、補助人、または任意後見人様の印鑑登録証明書をご提出ください。	市区町村役場 (発行後6ヶ月以内)
改姓の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 または 運転免許証 コピー可 コピー(両面)	改姓の事実が記載された戸籍謄本または、改姓・改名前後の氏名が記載された運転免許証の両面コピーをご提出ください。	市区町村役場 (発行後6ヶ月以内) または お手元のもの

届出後のお手続きについて

1. 本届出を行った場合でも、保全・保険金・年金等のお手続きには、成年後見人、保佐人、補助人、または任意後見人の印鑑登録証明書と登記事項証明書のご提出が必要となりますのでご注意ください。
2. 成年後見監督人が選任されている場合は、保全・保険金・年金等のお手続きの前に当社サービスセンターまでお問い合わせください。(成年後見監督人の同意書と印鑑登録証明書のご提出が必要となるお手続きや、成年後見監督人が請求者となるお手続きがございます。)

成年後見制度に関する届出書 記入例

成年後見制度に関する届出書のご記入方法

- ◎黒のボールペンではっきりとご記入ください。
- ◎訂正は二重線で抹消のうえ、必ず「確認印」を押印ください。

1 届出書をご記入される日付をご記入ください。

2 該当の契約者様、被保険者様、受取人様についてご記入ください。

成年後見人に関する届出の場合

成年後見人様をご記入ください。
確認印の押印と住所欄の記入は不要です。
(右記記入例の通り)

保佐人、補助人、任意後見人に関する届出の場合

該当の契約者様、被保険者様、受取人様にて自署のうえ、確認印(認印可)を押印ください。住所欄もご記入ください。
(下記記入例のとおり)

本人氏名 契約者名 被保険者名 受取人名	フリガナ ヤマダ タロウ 氏名 山田 太郎	フリガナ ヤマダ ハナコ 氏名 山田 花子
住所	〒160-0023 東京都 新宿区 西新宿1-100-102	〒102-0094 東京都 千代田 紀尾井町 1000番地 紀尾井町マンション102号

3 届出事項についてご記入ください。

該当事項/氏名(自署)/住所欄について

該当事項はA~Dのいずれかと、該当のお手続きをご選択のうえ、チェックをご記入ください。氏名欄は自署のうえ、確認印を押印ください。住所欄もご記入ください。

確認印は実印となります。

保険証券番号・年金証書番号欄について

対象保険契約の保険証券番号(年金証書番号)をご記入のうえ、該当する契約者・被保険者・該当の受取人の○にチェックをご記入ください。

成年後見制度に関する届出書

社用欄

エヌエヌ生命保険株式会社 御中

このたび、私(成年後見人、保佐人、補助人、または任意後見人、以下同じ)は家庭裁判所の審判により本人(被成年後見人、被保佐人、被補助人、または被任意後見人、以下同じ)に関して成年後見制度に係る選任を受け、または任意後見人として本人による選任を受けましたので、以下のとおり届出します。今後、貴社の保険約款(特約条項を含む)に規定する請求もしくは申し出を行う場合は、当該成年後見制度に係る自記事項証明書をもって身分を明らかにし、あわせて本人確認のために任意後見人印を押印することにより、代理権もしくは同意権を行使します。
なお、本届出内容に関して変更が生じた場合は、遅やかにその旨を届出します。

記入日 2016 年 6 月 1 日

本人氏名
契約者名
被保険者名
受取人名

フリガナ ヤマダ タロウ
氏名 山田 太郎

フリガナ ヤマダ ハナコ
氏名 山田 花子

住所

〒160-0023 東京都 新宿区 西新宿1-100-102

〒102-0094 東京都 千代田 紀尾井町 1000番地 紀尾井町マンション102号

届出事項

下記A~Dのいずれかと、該当のお手続きをご選択のうえ、確認印を押印してください。

A 成年後見人 届出(新規・変更)

B 保佐人 住所変更

C 補助人 改姓

D 任意後見人

保険証券番号・年金証書番号

第1号	第2号	第3号	第4号	第5号	第6号	第7号	第8号	第9号	第10号
契約者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
契約者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
契約者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
契約者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

訂正した箇所には、二重線で抹消のうえ、必ず「確認印」を押印ください。

不明点のお問い合わせは、エヌエヌ生命サービスセンターへ ☎ 0120-521-513

見やすいユニバーサルデザインフォントを採用しています。UD FONT COLI-POS 901(2015/04)

成年後見制度に関する届出書

社用欄

エヌエヌ生命保険株式会社 御中

このたび、私(成年後見人、保佐人、補助人、または任意後見人、以下同じ)は家庭裁判所の審判により本人(被成年後見人、被保佐人、被補助人、または被任意後見人、以下同じ)に関して成年後見制度に係る選任を受け、または任意後見人として本人による選任を受けましたので、以下のとおり届出します。今後、貴社の保険約款(特約条項を含む)に規定する請求もしくは申し出を行う場合は、当該成年後見制度に係る登記事項証明書をもって身分を明らかにし、あわせて本人確認のために印鑑登録証明書を添付することにより、代理権もしくは同意権を行使します。
 なお、本届出内容に関して変更が生じた場合は、速やかにその旨を届出します。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人氏名 [契約者名 被保険者名 受取人名]	氏名	下記該当事項のB~Dに該当する場合は必ず自署のうえ、確認印を押印してください。(Aの場合は確認印不要)	
	フリガナ	印	
住所	フリガナ	下記該当事項のB~Dに該当する場合のみご記入ください。(Aの場合は記入不要)	
	〒 _____ TEL (_____)	都道府県 _____	市区郡 _____

届出事項	該当事項	下記A~Dのいずれかと、該当のお手続きにチェックをご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> A 成年後見人 <input type="checkbox"/> B 保佐人 <input type="checkbox"/> C 補助人 <input type="checkbox"/> D 任意後見人	→	<input type="checkbox"/> 届出(新規・変更) <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 改姓	
	氏名(自署)	フリガナ	印	
	住所	フリガナ	〒 _____ TEL (_____)	都道府県 _____ 市区郡 _____
保険証券番号・年金証書番号	上記本人が「保険約款およびご契約のしおり」上の契約者・被保険者・該当の受取人となっている保険契約のうち、今回届出を行う保険契約の保険証券番号(年金証書番号)をご記入のうえ、該当の <input type="checkbox"/> にチェックをご記入ください。			
	第 _____ 号	<input type="checkbox"/> 契約者	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 該当の受取人
	第 _____ 号	<input type="checkbox"/> 契約者	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 該当の受取人
	第 _____ 号	<input type="checkbox"/> 契約者	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 該当の受取人
	第 _____ 号	<input type="checkbox"/> 契約者	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 該当の受取人

保険会社使用欄	拠点受付	本社完備	入力	承認	発送



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

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。

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1110号
(受取人)



氏名	住所
	〒

差出人

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



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。

