

確定拠出年金 死亡一時金 お手続きのご案内 (企業型)

このたびのこと、ご遺族様には心よりお悔やみ申し上げます。
このご案内には、死亡一時金請求のお手続きに必要な事項が
記載されています。必ずご一読ください。

死亡一時金のお手続きには、書類受領から送金までおおよそ3ヶ月程度
お時間がかかります。
掛金の停止処理や還付処理等を伴う場合は、それらの処理が完了してから
のお手続きとなりますので、3ヶ月を超える場合もございます。
予めご留意ください。

<お問い合わせ先>

確定拠出年金 給付専用ダイヤル
受付時間: 平日 (土日祝日・年末年始を除く)
9:00~17:00

フリーダイヤル: 0120-401-902

※お問合せの際は、加入者コードが必要です。
(加入者コードは送付状右上に記載されています)

損保ジャパンDC証券株式会社

お手続きの前に・・・

加入者（運用指図者、老齢給付金・障害給付金の受給権者など、加入者であった方を含む）がお亡くなりになった場合には、そのご遺族は死亡一時金の請求を行うことができます。
死亡一時金のご請求者（受取人）は、法令により次のとおり順位が定められています。

| 順位 | 加入者とのご関係 | | 必要書類 |
|-------|---|---|------|
| 第1順位 | 加入者があらかじめ、当社に請求者(受取人)として指定されていた方 | | 4ページ |
| 第2順位 | 配偶者（届出をしていないが、死亡した者の死亡当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。） | | |
| 第3順位 | 子 | 死亡の当時、主として死亡された方の収入によって生計を維持していた方（生計維持関係あり） ※『生計維持関係』とは、次の2つの条件を満たしていることをいいます。 (1)同居されていた（生計同一関係がある）こと 一般的には、死亡された方と同居されていれば生計同一関係があると認定されます。 (2)収入要件を満たしていること 一般的には、ご請求者の前年の収入が850万円未満であれば収入要件を満たします。 | 5ページ |
| 第4順位 | 父母 | | |
| 第5順位 | 孫 | | |
| 第6順位 | 祖父母 | | |
| 第7順位 | 兄弟姉妹 | | |
| 第8順位 | その他の親族 | | |
| 第9順位 | 子 | 死亡の当時、主として死亡された方の収入によって生計を維持していなかった方（生計維持関係なし） | 6ページ |
| 第10順位 | 父母 | | |
| 第11順位 | 孫 | | |
| 第12順位 | 祖父母 | | |
| 第13順位 | 兄弟姉妹 | | |

※ご請求者（受取人）が複数いる場合（同順位者が複数いる場合）には、その人数で等分して受け取ることとなります。（ご請求の際、代表者を選任していただき、その方に一括で支給します。）

※死亡後5年間、死亡一時金の請求がない場合は、死亡一時金を受け取ることができる遺族がいないとみなされ、死亡された方の相続財産の扱いとなり、民法の規定が適用されます。

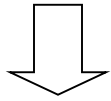
※遺族がいなくは、死亡された方の相続財産とみなされ、民法の規定が適用されます。

※加入者を故意に死亡させた者や、加入者の死亡前に、その者の死亡によって死亡一時金を受け取るべき者を故意の犯罪行為により死亡させた者は、死亡一時金を受け取ることはできません。

※ご請求者（受取人）が未成年者の場合、または海外送金をご希望の場合、別途書類をご提出いただく必要がございますので、給付専用ダイヤルまでご連絡ください。

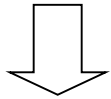
目次

1. お手続からお支払までの流れ（2ページ）



ご請求からお支払いまでの流れをご確認ください。

2. 死亡一時金のお支払について（3ページ）



支給日、手数料などについてご確認ください。

3. ご提出いただく書類について（4ページ～）

死亡された方とご請求者（受取人）の関係により、必要書類が異なります。該当のページをご確認ください。

1

「請求者（受取人）として指定されていた方」、**「配偶者**（届出をしていないが、死亡した者の死亡当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。）」である場合（4ページ）

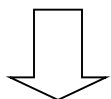
2

「**生計維持関係のある**子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹、その他親族」である場合（5ページ）

3

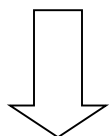
「**生計維持関係のない**子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹」である場合（6ページ）

4. 送付物サンプル（7ページ）



当社から給付裁定の後、送付される書面のサンプルをご案内しています。適宜ご覧ください。

5. お問い合わせ先（8ページ）



必要書類の提出先や提出後の照会先をご確認ください。

6. 書類の記入方法について（9ページ～）

記入方法をご確認ください。

1. お手続からお支払までの流れ

| 手続きの流れ | 内容 |
|--------------------|---|
| 必要書類の準備・記入 | 当社からお送りする書類に必要事項をご記入ください。 また、添付書類をお取り揃えください。 |
| 必要書類の提出 | 必要書類を同封の返信用封筒にて、当社までご郵送ください。 ※記入もれ、提出もれのないようお願いいたします。 |
| 資格喪失手続き 掛金の払い込み | <div data-bbox="368 598 576 758" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; margin-right: 10px;"> 対象になる場合、 裁定（判定）は 保留となります。 </div> <ul style="list-style-type: none"> ・資格喪失手続・・・事業主様よりご登録いただきます。 ・掛金の払い込み・・・資格喪失月の翌月または翌々月に入金されます。 |
| 傷害保険の審査（査定） | <ul style="list-style-type: none"> ・傷害保険の審査（査定）・・・損害保険会社で審査（査定）を行います。1～2ヶ月かかります。 ※傷害保険の審査（査定）は「確定拠出年金傷害保険」を保有されていた場合のみ行います。 |
| <裁定（判定）> | 当社にて裁定（判定）します。 |
| 裁定（判定）結果のお知らせ | 裁定後、支給日が決定次第、当社よりご請求者（受取人）宛に、「確定拠出年金 給付裁定結果のお知らせ」を郵送します。（サンプルは7ページ） |
| <運用商品の現金化（売却）> | 運用商品を現金化します。 |
| 売却結果のお知らせ | 運用商品の現金化（売却）が完了すると、当社よりご請求者（受取人）宛に「確定拠出年金 給付のお知らせ」を郵送します。（サンプルは7ページ） |
| 給付金の送金 | 死亡一時金請求書でご指定いただいた口座に、死亡一時金を送金します。 |



裁定（判定）は、掛金などの払い込みが全て完了してからとなります。したがって、必要書類のご提出から受取開始までに3ヶ月を超える場合がございます。予めご了承ください。

2. 死亡一時金のお支払について

| | |
|-----------------|---|
| 支給日 | <p>原則として、当社裁定月の翌月の25日（25日が金融機関の休業のときは、その直前の営業日）に、資産管理機関から支払われます。</p> <p>裁定が完了いたしますと、当社より支給日を記載した「給付裁定結果のお知らせ」をお送りしておりますので、ご確認ください。</p> |
| 支給額 | <p>当社での裁定が「支給可能」の場合、商品売却手続きを行い、現金化した個人別管理資産額を支給いたします。</p> <p>現金化が完了いたしますと、当社より支給額を記載した「給付のお知らせ」をお送りしておりますので、ご確認ください。</p> |
| 手数料 | 給付金をお支払する際に、資産管理機関手数料440円（税込）が控除されます。 |
| 支払先口座 | 民間金融機関（ゆうちょ銀行含む）の口座をご指定していただくことができます。 |
| (ご参考) 課税について | <p>死亡一時金は、相続税の課税対象となります。相続税法上のみなし相続財産となり、法定相続人1人あたり500万円まで非課税となります。</p> <p>（すべての相続人が受け取った退職手当等（死亡一時金も含まれます）の合計が、次の非課税限度額以下のときは課税されません。非課税限度額を超えるときは、その限度額を超える部分が相続税の対象となります。）</p> <p>非課税限度額 = 500万円 × 法定相続人の数</p> <p>課税対象金額 = $\left[\text{その相続人が受取った退職手当等} \right] - \text{非課税限度額} \times \frac{\left[\text{その相続人が受取った退職手当等} \right]}{\left[\text{全ての相続人が受取った退職手当等} \right]}$</p> <p>※ 税金に関する詳しい内容は、お近くの税務署等へお問合せください。</p> |

3. ご提出いただく書類について

死亡された方とご請求者（受取人）の関係により、必要書類が異なります。該当のページをご確認ください。また、ご案内した書類以外の、書類のご提出をお願いすることがございますので、あらかじめご了承ください。※ご提出いただいた書類等は返却いたしませんのでご了承ください。

1 ご請求者（受取人）が「請求者（受取人）として指定されていた方」、「配偶者（届出をしていないが、死亡した者の死亡当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。）」である場合

●…必ずご提出ください △…必要に応じてご提出ください (*)…当社より送付した書類です

| No | 書類名 | 提出有無 | 備考 |
|----|---|------|---|
| 1 | 死亡一時金請求書(*) 記入例：9ページ | ● | ご記入方法は9ページをご参照ください。 |
| 2 | ご請求者の印鑑登録証明書 原本1通 | ● | 発行日から3ヶ月以内のもの |
| 3 | 死亡された方の戸籍謄本 原本1通 (除籍扱いとなった戸籍謄本) | ● | ご請求者（受取人）と死亡された方の関係（続柄）が確認できる戸籍謄本（発行日から3ヶ月以内のもの） ※死亡された方の戸籍謄本（除籍謄本）で続柄が確認できない場合は、続柄が確認できる戸籍謄本、または改製原戸籍 |
| 4 | 死亡診断書（死体検案書）のコピー | ● | 医師の署名捺印があるもの |
| 5 | 同意書(*) 記入例：13ページ (確定拠出年金傷害保険関係書類) | △ | 死亡された方が 確定拠出年金傷害保険を保有されていた場合 （※保有の有無は「書類送付のご案内」にてご確認ください。） |
| 6 | 事故状況説明書(*) 記入例：14ページ (確定拠出年金傷害保険関係書類) | △ | 死亡された方が 確定拠出年金傷害保険を保有されていた場合、かつ死亡事由が「事故」の場合 |
| 7 | ご請求者の個人番号確認のための書類 | ● | 以下◆個人番号確認のための書類をご確認のうえ、正しい組み合わせでご提出ください。個人番号の取得にあたっては、個人番号が正しい番号であることの確認（番号確認）および手続きを行っている者が正しい持ち主であることの確認（身元確認）が必要となります。 |
| 8 | 死亡された方の個人番号確認のための書類 | ● | 個人番号カード（裏面）のコピー、通知カードのコピーまたは住民票〔個人番号記載あり・原本1通〕 |

◆個人番号確認のための書類（マイナンバー法に基づき、ご提出をお願いするものです）

| | 「番号確認書類」 個人番号を確認するための書類 | + | 「写真付き身元確認書類」 ご本人であることを確認するための書類 |
|----------------------------|--|---|--|
| 組み合わせ① 個人番号カードをお持ちの場合 | 個人番号カード[裏面]のコピー ※写真付きプラスチックカード | + | 個人番号カード[表面]のコピー ※写真付きプラスチックカード |
| 組み合わせ② 個人番号カードをお持ちでない場合 | 通知カードのコピー (現在の住所・氏名の記載があるもののみ有効) または 住民票 原本1通 (注2) (個人番号記載有・発行日より3ヶ月以内・ご本人様記載のみ) | + | 次のいずれか1つ (注1) (写真付きで有効期限内のもの) ・運転免許証のコピー (裏面に記載がある場合は両面) ・パスポートのコピー ・在留カードのコピー |

※ 事実上婚姻関係と同様の事情にあった場合は、上記のほかに「事実上婚姻関係と同様の事情にあったことの証明書」（続柄欄が「未届の妻(夫)」である住民票、または利害関係のない第三者（民生委員等）による証明等）のご提出が必要となります。

2

ご請求者（受取人）が、「生計維持関係のある 子、父母、孫、
祖父母、兄弟姉妹、その他親族」である場合

●…必ずご提出ください △…必要に応じてご提出ください (*)…当社より送付した書類です

| No | 書類名 | 提出 有無 | 備考 |
|----|--|----------|---|
| 1 | 死亡一時金請求書(*) 記入例：9ページ | ● | ご記入方法は9ページをご参照ください。 |
| 2 | ご請求者の印鑑登録証明書 原本1通 | ● | 発行日から3ヶ月以内のもの |
| 3 | 死亡された方の出生から死亡までの連続した戸籍謄本（改製原戸籍） 原本1通 | ● | 死亡された方の出生から死亡までの連続した戸籍謄本（改製原戸籍）をご提出ください。また、その戸籍上で請求者との続柄、上順位者の死亡が確認できない場合は、これらが確認できる戸籍謄本、または改製原戸籍もご提出ください。 |
| 4 | 死亡診断書（死体検案書）のコピー | ● | 医師の署名捺印があるもの |
| 5 | 死亡された方の住民票（除票） 原本1通 （死亡時の世帯全員分・続柄を表示） | ● | 生計維持関係者の有無を確認するため、死亡された方と同居されていた方全員分の住民票（発行日から3ヶ月以内のもの） |
| 6 | 生計維持関係を確認するための書類 ※下記からいずれか1点ご提出ください。 ①生計維持に関する証明書(*) 記入例：11ページ ②死亡された方の給与所得の源泉徴収票 ③死亡された方の確定申告書の控 | ● | 生計維持関係を確認するため、ご提出ください。 ①の場合：利害関係のない第三者（民生委員等）に証明いただき、証明者の身分を確認できるものを添付してください。（民生委員の証明書等+住民票）、②③の場合：扶養されていたご請求者（受取人）の氏名が記載されたもの |
| 7 | 死亡一時金の受取に関する同意書(*) 記入例：10ページ | △ | 同順位のご請求者（受取人）が複数いる場合 |
| 8 | 同意者の印鑑登録証明書 原本 （該当者分 各1通） | △ | NO.7の書類をご提出の場合、同意者全員の印鑑登録証明書（発行日から3ヶ月以内のもの） |
| 9 | 同意書(*) 記入例：13ページ （確定拠出年金傷害保険関係書類） | △ | 死亡された方が 確定拠出年金傷害保険を保有されていた場合 、ご提出ください。（※保有の有無は「書類送付のご案内」にてご確認ください。） |
| 10 | 事故状況説明書(*) 記入例：14ページ （確定拠出年金傷害保険関係書類） | △ | 死亡された方が 確定拠出年金傷害保険を保有され、かつ死亡事由が「事故」の場合 |
| 11 | 非生計維持申立書(*) 記入例：12ページ | △ | NO.5の書類上、ご請求者（受取人）以外に生計維持関係がある者が確認できるが、実際は生計維持関係がない場合、該当する方からお取り付けのうえ、ご提出ください。 |
| 12 | 申立者の印鑑登録証明書 原本 （該当者分 各1通） | △ | NO.11の書類をご提出の場合、申立者全員の印鑑登録証明書（発行日から3ヶ月以内のもの） |
| 13 | ご請求者の個人番号確認のための書類 | ● | 『4ページのNo.7および◆個人番号確認のための書類』をご確認のうえ、正しい組み合わせでご提出ください。 |
| 14 | 死亡された方の個人番号確認のための書類 | ● | 個人番号カード（裏面）のコピー、通知カードのコピーまたは住民票〔個人番号記載あり・原本1通〕 |

ご請求者（受取人）が、「生計維持関係のない子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹」である場合

●…必ずご提出ください △…必要に応じてご提出ください (*)…当社より送付した書類です

| No | 書類名 | 提出有無 | 備考 |
|----|---|------|--|
| 1 | 死亡一時金請求書(*) 記入例：9ページ | ● | ご記入方法は9ページをご参照ください。 |
| 2 | ご請求者の印鑑登録証明書 原本1通 | ● | 発行日から3ヶ月以内のもの |
| 3 | 死亡された方の出生から死亡までの連続した戸籍謄本（改製原戸籍） 原本1通 | ● | 死亡された方の出生から死亡までの連続した戸籍謄本（改製原戸籍）をご提出ください。また、その戸籍上で請求者との続柄、上順位者の死亡が確認できない場合は、これらが確認できる戸籍謄本、または改製原戸籍もご提出ください。 |
| 4 | 死亡診断書（死体検案書）のコピー | ● | 医師の署名捺印があるもの |
| 5 | 死亡された方の住民票（除票） 原本1通（死亡時の世帯全員分・続柄を表示） | ● | 生計維持関係者の有無を確認するため、死亡された方と同居されていた方全員分の住民票（発行日から3ヶ月以内のもの）をご提出ください。 |
| 6 | 他に生計維持関係がある者がいないことを確認するための書類 ※下記からいずれか1点ご提出ください。 ①死亡された方の給与所得の源泉徴収票 ②死亡された方の確定申告書の控 | ● | 生計維持関係がある者がいないことを確認するため、ご提出ください。 |
| 7 | 死亡一時金の受取に関する同意書(*) 記入例：10ページ | △ | 同順位のご請求者（受取人）が複数いる場合 |
| 8 | 同意者の印鑑登録証明書 原本 （該当者分 各1通） | △ | 上記「死亡一時金の受取に関する同意書」をご提出の場合、同意者全員の印鑑登録証明書（発行日から3ヶ月以内のもの） |
| 9 | 同意書(*) 記入例：13ページ （確定拠出年金傷害保険関係書類） | △ | 死亡された方が 確定拠出年金傷害保険を保有されていた場合 、ご提出ください。（※保有の有無は「書類送付のご案内」にてご確認ください。） |
| 10 | 事故状況説明書(*) 記入例：14ページ （確定拠出年金傷害保険関係書類） | △ | 死亡された方が 確定拠出年金傷害保険を保有され、かつ死亡事由が「事故」の場合 、ご提出ください。 |
| 11 | ご請求者の個人番号確認のための書類 | ● | 『4ページのNo.7および◆個人番号確認のための書類』をご確認のうえ、正しい組み合わせでご提出ください。 |
| 12 | 死亡された方の個人番号確認のための書類 | ● | 個人番号カード（裏面）のコピー、通知カードのコピーまたは住民票 [個人番号記載あり・原本1通] |

4. 送付物サンプル

裁定が完了すると、当社から「確定拠出年金 給付裁定結果のお知らせ」が、運用商品の売却が完了すると「確定拠出年金 給付のお知らせ」が送付されます。内容をご確認ください。

プラン名 作成日：YYYY年MM月DD日

163-0650
東京都新宿区西新宿1-25-1
新宿センタービル50F

損保 太郎 様 加入者コード：0000000000
運営管理機関：
損保ジャパンDＣ証券株式会社

確定拠出年金 給付裁定結果のお知らせ

平素より格別のお引き立てを賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、このたびお客様からのご請求に基づき、確定拠出年金の給付の裁定を行いました。裁定結果を下記のとおりお知らせいたします。
ご不明な点がございましたら、下記アンサーセンターまでお問い合わせください。

| | |
|------|---------|
| 裁定結果 | 死亡一時金支給 |
|------|---------|

| | |
|------------|---------|
| 加入者コード | 加入者等氏名 |
| 0000000000 | 損保 花子 様 |

● 裁定結果詳細

【一時金支給】

一時金支払予定日：YYYY年MM月DD日

※給付のお受取金額は、運用商品の売却後、上記の支払予定日までに「給付の」
ます。

確定拠出年金
給付裁定結果の
お知らせ

確定拠出年金
給付のお知らせ

給付金の送金予定日などが
記載されています。

運用商品の売却結果や給付金の支給額
などが記載されています。

プラン名 作成日：YYYY年MM月DD日

163-0650
東京都新宿区西新宿1-25-1
新宿センタービル50F

損保 太郎 様 加入者コード：0000000000
運営管理機関：
損保ジャパンDＣ証券株式会社

確定拠出年金 給付のお知らせ

平素より格別のお引き立てを賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、お客様の確定拠出年金の給付を以下のとおり行いましたのでお知らせいたします。内容をご確認いただき、ご不明な点がございましたら、アンサーセンターまでお問い合わせください。

| | |
|--------|-------|
| お取引の種類 | 死亡一時金 |
|--------|-------|

● 給付金のお支払い

| | |
|-------------|----------|
| 支給日 | 給付支給額 |
| YYYY年MM月DD日 | 146,484円 |

内訳

● お取引明細

| 約定日 | 受渡日 | 売買区分 取引区分 | 約定口数 約定単価(1万円) | 受渡金額 |
|-------------|-------------|--------------|-------------------|----------|
| YYYY年MM月DD日 | YYYY年MM月DD日 | 売却 | - | 146,924円 |
| | | 確定拠出年金償還保険 | 給付 | - |
| 合計 | | | | 146,924円 |

● 手数料/所得税/住民税額明細

| | | |
|------|-----|-----|
| 手数料 | 所得税 | 住民税 |
| 440円 | 0円 | 0円 |

● お振込先情報

金融機関名 : みずほ
支店名 : 新宿新中心
預金種別 : 普通預金
口座番号 : 1234***
口座名義人 : 太郎 知子

振込名義は企業型の場合「株式会社(401K)」
個人型の場合「太郎知子(401K)」となります。

5. お問い合わせ先

1. <書類提出先> 同封の返信用封筒をご利用ください。

〒163-0650

東京都新宿区西新宿1-25-1 新宿センタービル50F

損保ジャパンDC証券株式会社 お客様サービス部 宛

2. <お問い合わせ窓口>

お問い合わせは：確定拠出年金 給付専用ダイヤル

受付時間：平日（土日祝日・年末年始を除く）

9:00～17:00

フリーダイヤル：0120-401-902

※お問い合わせの際は、加入者コードが必要です。
(加入者コードは送付状右上に記載されています)

6. 書類の記入方法について

死亡一時金請求書

損保ジャパンDＣ証券株式会社 御中

ご記入日： 20 年 月 日

記入年月日をご記入ください。


私は、確定拠出年金の給付裁定を請求いたします。
また、裏面に記載の「個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、同意します。

◆ 加入者等欄

| | | | | | |
|--------|----|-------------|-------|-----|---------------------|
| (フリガナ) | 姓 | ソノボ | 名 | タロウ | (個人型のみ) |
| 加入者等氏名 | 損保 | | 太郎 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 |
| 生年月日 | 西暦 | 19YY年MM月DD日 | 死亡年月日 | 西暦 | 20YY年MM月DD日 |

死亡された方のお名前等をご記入ください。

◆ 請求者（受取人）欄

| | | | | | |
|-----------|--|-------------|---------|----------------|---|
| (フリガナ) | 姓 | ソノボ | 名 | ハナコ | 捺印欄 |
| 請求者氏名 | 損保 | | 花子 | |  (印鑑登録証明書と同一印) |
| 上記加入者との続柄 | 1. 配偶者 2. 子 3. 父母 4. 孫 5. 祖父母 ⑥. 兄弟姉妹 7. その他親族() | | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 19YY年MM月DD日 | 性別 | 1. 男 ② 女 | |
| 住所 | 〒 | 163-0650 | 連絡先電話番号 | (03) 9999-9999 | |
| (フリガナ) | 東京都 都・道 新宿 市 区 西新宿1-25-1 新宿センタービル | | | | |

印鑑登録された実印を押印ください。

ご請求者（受取人）のお名前、生年月日、性別、続柄、ご住所および連絡先の電話番号をご記入ください。
ご住所は印鑑登録証明書と同一の住所をご記入ください。

◆ 給付金受取口座（請求者本人名義の口座）

○民間金融機関

| | | | |
|--------------|--|--|-------|
| 金融機関名 | 損保銀行 | | 弊社記入欄 |
| 支店名 | 本店 | | 弊社記入欄 |
| 預金種別(右ツメ) | <input checked="" type="checkbox"/> 1:普通 <input type="checkbox"/> 2:当座 | | |
| 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7 | | |
| (カタカナ) 口座名義人 | ソノボ ハナコ | | |

<注意>
お申し出いただいた給付金受取口座情報に誤りがあった場合、お支払いに遅れが発生する可能性がございます。
通帳簿または印鑑の添付をお願いします。

一時金をお受取になる金融機関（ゆうちょ銀行含む）の口座をご記入ください。

【注意事項】

- ・ 太枠欄は全てご記入ください。
- ・ 死亡一時金の裁定請求は、ご請求者（受取人）ご本人様からとなります。
- ・ ご記入内容を訂正する場合、訂正箇所を二本線で抹消し訂正印（印鑑登録証明書と同一印）を押印のうえ正しい内容をご記入ください。

※同順位者が複数いる場合にご提出いただく書類です

死亡一時金の受取に関する同意書

損保ジャパンD.C証券株式会社 御中

同意日： 20 年 月 日

同意年月日をご記入ください。

下記の死亡した者に係る死亡一時金を、死亡一時金受取人代表者が受け取ることに同意いたします。
本件について後日利害関係人から異議の申出があった場合は、私ども同意者は死亡一時金受取人代表者と同意者間のみで解決いたします。

また、死亡一時金受取人代表者および各同意者は裏面に記載の「個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、貴社の個人同意します。

死亡された方のお名前等をご記入ください。

◆ 加入者等欄(死亡した者)

| | | | | |
|--------|----|------|----|-----|
| (フリガナ) | 姓 | ソノボ | 名 | タロウ |
| 加入者等氏名 | 損保 | | 太郎 | |
| 生年月日 | 西暦 | 19YY | MM | DD |
| 死亡年月日 | 西暦 | 20YY | MM | DD |

死亡一時金のご請求者(受取人)のお名前、ご住所等をご記入ください。

◆ 死亡一時金受取人代表者

| | | | | |
|-----------|--|------|----|-----|
| (フリガナ) | 姓 | ソノボ | 名 | ハナコ |
| 代表者氏名 | 損保 | | 花子 | |
| 生年月日 | 西暦 | 19YY | MM | DD |
| 死亡した者との続柄 | 1. 配偶者 2. 子 3. 父母 4. 孫 6. 兄弟姉妹 7. その他親族 () | | | |

印鑑登録された実印を押印ください。

◆ 同意者欄(同意者各自がご自身で記入してください)

| | | | | | |
|--|----|------|----|------|-----------|
| (フリガナ) | 姓 | ソノボ | 名 | サブロウ | 捺印欄※ |
| 同意者氏名 | 損保 | | 三郎 | | |
| 生年月日 | 西暦 | 19YY | MM | DD | 死亡した者との続柄 |
| 1. 配偶者 2. 子 3. 父母 4. 孫 5. 祖父 6. 兄弟姉妹 7. その他親族 () | | | | | |

同意者のお名前、生年月日、性別、続柄、ご住所および連絡先の電話番号をご記入ください。ご住所は印鑑登録証明書と同一の住所をご記入ください。

| | | |
|------------|------------------------------|----------------|
| 〒163-0650 | 連絡先電話番号 | (03) 9999-9999 |
| (フリガナ) | トウキョウト シンジュクク ニシシンジュク | |
| 住所 | アパート・マンション等の名称、部屋番号もご記入ください。 | |
| 東京 | 都道府県 | 新宿 |
| 市 | 区 | 西新宿1-25-1 |
| 新宿センタービル50 | | |

| | | | | | |
|--|----|------|----|-----|-----------|
| (フリガナ) | 姓 | ソノボ | 名 | シロウ | 捺印欄※ |
| 同意者氏名 | 損保 | | 四郎 | | |
| 生年月日 | 西暦 | 19YY | MM | DD | 死亡した者との続柄 |
| 1. 配偶者 2. 子 3. 父母 4. 孫 6. 兄弟姉妹 7. その他親族 () | | | | | |

| | | |
|-------------|------------------------------|----------------|
| 〒163-0650 | 連絡先電話番号 | (03) 9999-9999 |
| (フリガナ) | トウキョウト シンジュクク ニシシンジュク | |
| 住所 | アパート・マンション等の名称、部屋番号もご記入ください。 | |
| 東京 | 都道府県 | 新宿 |
| 市 | 区 | 西新宿1-25-1 |
| 新宿センタービル50F | | |

【注意事項】

- ・ 太枠欄は全てご記入ください。
- ・ 「死亡一時金受取人代表者」欄までは、代表者様をご記入ください。それより下の欄(同意者様の記入欄)は同意者様各自がご記入ください。
- ・ 同意者様それぞれの印鑑登録証明書が必要になります。お忘れなくご添付ください。
- ・ ご記入内容を訂正する場合、訂正箇所を二本線で抹消し訂正印(印鑑登録証明書と同一印)を押印のうえ正しい内容をご記入ください。

※生計維持関係について確認させていただく書類です

生計維持に関する証明書

損保ジャパンDC証券株式会社 御中

以下のとおり、死亡した者(加入者等)の死亡当時、その者によって生計を維持していたことを証明します。
また、下記に記載の「個人情報の取扱に関する事項」を確認し、貴社の個人情報の取扱に同意します。

死亡された方のお名前
をご記入ください。

| | | | | |
|--------|----|-----|----|-----|
| (フリガナ) | 姓 | ソノボ | 名 | タロウ |
| 加入者等氏名 | 損保 | | 太郎 | |

ご請求者(受取人)のお
名前、ご住所等をご記入
ください。

| | | | | |
|--------|----|-----|----|-----|
| (フリガナ) | 姓 | ソノボ | 名 | ハナコ |
| 請求者氏名 | 損保 | | 花子 | |

| | |
|------------------|--|
| 死亡した加入者等 との続柄 | 1. 子 2. 父母 3. 孫 4. 祖父母 5. 兄弟姉妹 6. その他親族 () |
|------------------|--|

| | | | |
|----|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 住所 | 〒 163-0650 | (フリガナ) トウキョウト シンジュクク ニシシンジュク | アパート・マンション等の名称、部屋番号もご記入ください。 |
| | 東京 都・道 新宿 市 西新宿1-25-1 区 | | |

【生計維持の証明】

※利害関係のない第三者(民生委員など)ご本人の証明をお願いします。

証明者の身分を確認できる書類および本人確認
証明年月日をご記入
押印はシャチハタ印以外で押印ください。

証明者ご本人が、お名
前、ご住所等をご記入
ください。

上記の請求者は、死亡した者(加入者等)の死亡当時、その者によって生計を維持していたことを証明いたします。

証明日(西暦) 20YY年 MM月 DD日

〒 163-0650

住所 東京都新宿区西新宿新宿1-25-1

認印を押印ください

証明者

氏名 確定 一郎



職名等 民生委員

【注意事項】

・太枠欄は全てご記入ください。

・生計維持を立証可能な、民生委員、町内会長などの第三者の証明書をご提出ください。
※請求者及び故人の民法上の三親等以内の親族は第三者としては認められません。

・ご記入内容を訂正する場合、訂正箇所を二本線で抹消し訂正印(本帳票に押印した印鑑と同一印)を押印のうえ正しい内容をご記入ください。

【添付書類】

民生委員・町内会長などの第三者による証明を受けた場合は、別途、証明者のご請求者(受取人)に利害関係がないことがわかる書類や、証明者の本人確認書類が必要です。

例) 自治体より民生委員に認定された証明書+住民票 など

非生計維持申立書

申立年月日をご記入ください。

損保ジャパンDC証券株式会社 御中

申立日： 20 年 月 日

下記の死亡した者の死亡の当時、主としてその収入によって生計を維持されていなかったことを申し立てます。（主として生計を維持されていなかったため、死亡一時金の請求者に対して受給順序が劣後することを理解したうえで、本申立を行います。）
また、死亡一時金受取人代表者および各申立者は、裏面に記載の「個人情報の取扱に関する事項」を確認し、貴社の個人情報の取扱に同意します。

死亡された方のお名前等をご記入ください。

◆ 加入者等欄(死亡した者)

| | | | | |
|--------|----|------|----|-------|
| (フリガナ) | 姓 | ソノボ | 名 | タロウ |
| 加入者等氏名 | 損保 | | 太郎 | |
| 生年月日 | 西暦 | 19YY | MM | DD |
| | 年 | 月 | 日 | 死亡年月日 |
| | 西暦 | 20YY | MM | DD |
| | 年 | 月 | 日 | |

ご請求者(受取人)のお名前、ご住所等をご記入ください。

◆ 死亡一時金受取人代表者

| | | | | |
|--------|----|------|----|--|
| (フリガナ) | 姓 | ソノボ | 名 | ハナコ |
| 代表者氏名 | 損保 | | 花子 | |
| 生年月日 | 西暦 | 19YY | MM | DD |
| | 年 | 月 | 日 | 死亡した者との続柄 |
| | | | | 1. 配偶者 2. 子 3. 父母 4. 孫 5. 祖父 6. 兄弟姉妹 7. その他親族 () |

印鑑登録された実印を押印ください。

◆ 申立者欄(申立者各自がご自身で記入してください)

※印鑑登録証明書と同一印

| | | | | | |
|--------|----|------|----|------|--|
| (フリガナ) | 姓 | ソノボ | 名 | サブロウ | 捺印欄※ |
| 申立者氏名 | 損保 | | 三郎 | | 損保 |
| 生年月日 | 西暦 | 19YY | MM | DD | 死亡した者との続柄 |
| | 年 | 月 | 日 | | 1. 配偶者 2. 子 3. 父母 4. 孫 5. 祖父 6. 兄弟姉妹 7. その他親族 () |

| | |
|--------|--------------------------------------|
| 住所 | 〒163-0650 連絡先電話番号 (03) 9999 - 9999 |
| (フリガナ) | トウキョウト シンジュク ニシシンジュク |
| | アパート・マンション等の名称、部屋番号 |
| | 東京 都 新宿 市 区 西新宿1-25-1 新宿センタービル |

申立者様のお名前、生年月日、性別、続柄、ご住所および連絡先の電話番号をご記入ください。ご住所は印鑑登録証明書と同一の住所をご記入ください。

| | | | | | |
|--------|----|-----|----|-----|--|
| (フリガナ) | 姓 | ソノボ | 名 | シロウ | 捺印欄※ |
| 申立者氏名 | 損保 | | 四郎 | | 損保 |
| 生年月日 | 西暦 | | | | 死亡した者との続柄 |
| | 年 | 月 | 日 | | 1. 配偶者 2. 子 3. 父母 4. 孫 6. 兄弟姉妹 7. その他親族 () |

| | |
|--------|--------------------------------------|
| 住所 | 〒163-0650 連絡先電話番号 (03) 9999 - 9999 |
| (フリガナ) | トウキョウト シンジュク ニシシンジュク |
| | アパート・マンション等の名称、部屋番号もご記入ください。 |
| | 東京 都 新宿 市 区 西新宿1-25-1 新宿センタービル50F |

| | | | | | |
|--------|---|--|---|--|------|
| (フリガナ) | 姓 | | 名 | | 捺印欄※ |
| 申立者氏名 | | | | | |

【注意事項】

- ・ 太枠欄は全てご記入ください。
- ・ 「死亡一時金受取人代表者」欄までは、代表者様をご記入ください。それより下の欄(申立者様の記入欄)は、申立者様各自がご記入ください。
- ・ 申立者様それぞれの印鑑登録証明書が必要になります。お忘れなくご添付ください。
- ・ ご記入内容を訂正する場合、訂正箇所を二本線で抹消し訂正印(印鑑登録証明書と同一印)を押印のうえ正しい内容をご記入ください。

同 意 書

年 月 日

記入年月日をご記入ください。

主治医殿

同意者の住所 東京都新宿区西新宿1-25-1

氏名 損保 花子

患者様との関係【本人・配偶者・法定相続人・その他（姉）】

患者様の生年月日【明治・大正・昭和・平成 ○○年○○月○○日】

損保

ご請求者（受取人）の住所・氏名・印（シャチハタ以外）をご記入・ご捺印ください。

患者様の住所 東京都新宿区西新宿1-25-1

氏名 損保 太郎

患者様の死亡原因について、損害保険ジャパン株式会社の社員またはその委託を受けた者が上記患者の受診先（病院・診療所・検査機関など）に本同意書を提示し、以下の行為を行うことに同意します。

死亡された方の住所・氏名をご記入ください。

記

1. 死亡原因（病名、症状、症状経過、治療内容、検査結果、既往症歴など）を照会し、回答を受けること。
2. 診断書、診療報酬明細書、その他各種証明書の交付を受けること。
3. レントゲンフィルム、CTフィルム、MRIフィルム、その他各種検査資料またはその複写の貸し出しを受けること。デジタルカメラによる撮影を行うこと。

なお、本同意書の写（コピー）も本同意書と同じ効力があるものと認めます。

【注意事項】

- ・加入者様（死亡された方）が確定拠出年金傷害保険を保有されていた場合のみ、加入者様の死亡の原因により損害保険ジャパン株式会社が医療機関に内容を照会することがあるため、あらかじめご提出をお願いします。
- ・ご請求者（受取人）様にて、全てご記入ください。
- ・ご記入内容を訂正する場合、訂正箇所を二本線で抹消し訂正印（本帳票に押印した印鑑と同一印）を押印のうえ正しい内容をご記入ください。

※確定拠出年金傷害保険を保有されていた場合にご提出いただく書類です

事故状況説明書

年 月 日

記入年月日をご記入ください。

損害保険ジャパン株式会社 御中

| | |
|---------|---|
| 住所 | 〒101-0053 千代田区 神田淡路町 1-2-3 TEL 03 (5678) 1234 |
| 氏名 | 横保 花子 横保 |
| 受傷者との関係 | 配偶者・親・子・勤務先責任者 その他 (姉) |

ご請求者（受取人）の住所・氏名・印（シャチハタ以外）をご記入・ご捺印ください。

事故の状況は以下のとおり相違ありません。

| | | | | |
|--------------|---|---|------|------------------|
| 受傷者 | 氏名 | 横保 太郎 | 生年月日 | 19XX 年 MM 月 DD 日 |
| | 住所 | 〒101-0053 千代田区 神田淡路町 1-2-3 TEL 03 (5678) 1234 | | |
| | 勤務先 | (株) 横保工務店 神田営業所 | | |
| 事故発生日時 | 20YY 年 MM 月 DD 日 午前 午後 11 時 20 分頃 | | | |
| 事故発生場所 | 神田神保町交差点 電線敷設工事現場 | | | |
| 事故の状況およびその原因 | 電線敷設工事現場にて、交通整理係を担当していたが、水道橋方面より直進してきた鈴木一郎運転のトラックにはわれられ、付近の電柱に頭部より激突。ただちに〇〇病院に搬入され施術を受けるも容態が回復しなかった。鈴木一郎は飲酒運転をしていた模様で、神田署にて調べている。 | | | |
| 死亡日 | 20YY 年 MM 月 DD 日 | | | |

事故発生日時は、死亡診断書（死体検案書）または交通事故証明書等の公的な書類を参考にご記入ください。

事故の状況およびその原因は、できるだけ詳しくご記入ください。病院名、担当医師名も、ご記入ください。

(交通事故の場合、下欄にもご記入下さい。)

| | | | | |
|--------|----------------------------|-------|------|----------------------------|
| 1. 運転中 | 飲酒有・無 | 免許証番号 | 免許種別 | ・大型・普通 ・自動二輪 ・原付・その他 |
| 2. 同乗中 | 警察への届出 有・無 <u>神田 署へ届け出</u> | | | |
| 3. 歩行中 | | | | |
| 4. その他 | | | | |

交通事故証明書に合わせて、ご記入ください。

※事故状況について、弊社から確認させていただくことがありますのでご了承下さい。

【注意事項】

- ・加入者様（死亡された方）が確定拠出年金傷害保険を保有されていた場合で、かつ死亡事由が事故の場合は損害保険ジャパン株式会社が事故状況を確認させていただくことがありますので、あらかじめご提出をお願いします。
- ・**ご請求者（受取人）様にて**、全てご記入ください。
- ・ご記入内容を訂正する場合、訂正箇所を二本線で抹消し訂正印（本帳票に押印した印鑑と同一印）を押印のうえ正しい内容をご記入ください。