



給付金等請求書 (必ず提出してください)

オリックス生命保険株式会社 御中
以下の**同意事項**に同意のうえ、**記入日**を記入してください。

被保険者の氏名・フリガナをご記入ください。

請求日 (記入日)	2015年 7月 1日	被保険者	フリガナ オリックス タロウ 織楠 太郎	続柄 本人
--------------	-------------	------	----------------------------	----------

証券番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
------	---------------------

受取人 (自署・押印)	織楠 太郎	
親権者・後見人		

受取人ご本人が自署・押印ください。

お支払明細書の送付先をご記入ください。

住所	支払明細書の送付先住所を記入してください。	〒 _____
		電話番号 () _____

以下のいずれかに受取人名義またはご請求人名義の口座を記入してください。

受取口座	<ゆうちょ銀行以外の金融機関>	 オリックス	 立川										
	<table border="1"> <tr> <td>預金種目</td> <td>口座番号 (右詰め)</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> <td>オリックス タロウ 織楠 太郎</td> </tr> </table>	預金種目	口座番号 (右詰め)	フリガナ		1 2 3 4 5 6 7	オリックス タロウ 織楠 太郎	<table border="1"> <tr> <td>通帳記号</td> <td>通帳番号 (右詰め)</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>1 0</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	通帳記号	通帳番号 (右詰め)	フリガナ	1 0	
預金種目	口座番号 (右詰め)	フリガナ											
	1 2 3 4 5 6 7	オリックス タロウ 織楠 太郎											
通帳記号	通帳番号 (右詰め)	フリガナ											
1 0													

同意事項

- ①貴社のウェブサイトまたは「ご請求の手引き」冊子等
- ②医師および医療機関等が貴社または本書持参の者に被書
を発行することに同意します。(本書の複写も本書と)
- ③上記①、②について、被保険者と受取人(受取人以外の請求者を含む)が異なる場合は、被保険者(被保険者死亡の場合はその相続人を含む)も同意し

<ゆうちょ銀行以外の金融機関>または<ゆうちょ銀行>に受取人名義の口座をご記入ください。
*ゆうちょ銀行の口座をご指定の場合
送金機能付総合口座以外の口座はご指定いただけませんのでご注意ください。

<会社使用欄>

代理店受領日	支社受領日
(/ /)	(/ /)

住所		口座		P控除	
登録	登録外	登録		銀行コード	支店コード
		銀行			
		ゆうちょ			

本社受領日
(/ /)