

掲載の書類は、給付金をお支払いする口座と支払明細書の送付先住所をご連絡いただくためのものです。

A<sub>1</sub> 給付金等請求書

オリックス生命保険株式会社 御中  
以下の項目に同意のうえ、給付金を請求いたします。  
a. 貴社のウェブサイトまたは「ご請求の手引き」冊子等に記載の「個人情報のお取り扱いについて」を確認し、その内容に同意します。  
b. 医師および医療機関等が貴社または本書持参の者に被保険者の傷病内容(病名・症状・治療内容・既往症病歴など)を説明すること、また、その証明書を発行することに同意します。(本書の複写も本書と同じ効力があることを了承します。)  
c. 本請求について、手続き完了後のお知らせの交付をもって、約款に規定している変更内容の保険証券への裏書に代えることを同意します。

|               |            |            |            |
|---------------|------------|------------|------------|
| <b>1</b> 証券番号 | 0123456789 | 0123456789 | 0123456789 |
|---------------|------------|------------|------------|

|               |          |    |
|---------------|----------|----|
| <b>2</b> フリガナ | オリックスタロウ | 続柄 |
| 被保険者          | 織楠太郎     | 本人 |

**ご記入・押印ください**

|              |               |
|--------------|---------------|
| <b>3</b> 記入日 | 20XX年 XX月 XX日 |
|--------------|---------------|

|               |          |            |
|---------------|----------|------------|
| <b>4</b> フリガナ | オリックスタロウ | <b>ご印鑑</b> |
| 受取人           | 織楠 太郎    |            |

**振込先をご確認ください**

|                        |                                    |
|------------------------|------------------------------------|
| 現在の登録口座                | オリオリ銀行 立川支店<br>普通 1234**** 織楠 太郎 様 |
| <b>5</b> 登録口座以外を指定する場合 | フリガナ                               |
|                        | 口座名義人<br>(受取人本人口座を指定ください)          |
| どちらかひとつをご指定ください        | 金融機関<br>(ゆうちょ銀行以外)                 |
|                        | ゆうちょ銀行                             |

**支払明細書の送付先を変更する場合は、ご記入ください**

|                |                                  |
|----------------|----------------------------------|
| <b>6</b> 契約者住所 | 〒1XX-XXX<br>東京都XXX市<br>XXX町1-1-1 |
| 電話番号           | 03-XXXX-XXXX                     |

|       |   |
|-------|---|
| 送付先住所 | 〒 |
| 電話番号  | - |

| 会社使用欄  |       |             |                   |                  |                 |       |
|--------|-------|-------------|-------------------|------------------|-----------------|-------|
| 代理店受領日 | 支社受領日 | 口座          | 名義人表示             | P控除              | 住所              | 本社受領日 |
|        |       | 銀行コード 支店コード | 1: 契約者<br>2: 被保険者 | 0: なし<br>1: 控除する | 0: 入力<br>1: 契約者 |       |

**受取人** 必須

受取人が署名・捺印ください。

**登録口座以外を指定する場合** 任意

- 口座情報の印字がある場合  
口座番号をご記入ください。
- 口座情報の印字がない場合  
口座番号とあわせて金融機関名、種目名、支店名を、ゆうちょ銀行の場合は記号と番号をご記入ください。

**送付先住所** 任意

支払明細書の送付先を、現在のご登録住所(印字されている住所)以外へ変更される場合は、ご記入ください。

オリックス生命保険株式会社 カスタマーサービスセンター

**0120-506-053** 受付時間 月曜～土曜 9:00～18:00 (日曜・祝日・年末年始休み)

<http://www.orixlife.co.jp/>