

手続き希望連絡票（耳や言葉の不自由なお客さま専用）

1. お客さまの情報をご記入ください

ご連絡いただいた方の氏名	様
手続きをする方の FAX 番号 またはメールアドレス	

契約者名	様
証券番号*または生年月日	年 月 日

*証券番号は、保険証券や「ご契約内容のお知らせ」などに記載の 10 桁の番号です

2. ご希望のお手続きにチェックしてください

住所変更 名義変更（契約者・受取人） 解約 死亡保険金請求

給付金請求（以下記入ください）

※条件により Web 上での請求が可能です。弊社 HP の「ご契約者さま」から「保険金と給付金のご請求」をご確認ください。

被保険者名			
原因	病気・事故	手術	あり・なし
入院日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日

その他（以下余白にご記入ください）

--