

誓約書（代表者および同意者が記入する場合） 記入例

の欄は代表者さまが
 の欄は同意者さまが
 それぞれご自身でご記入ください。

④ お手続きをされる保険証券（保険証書）記号番号をご記入ください。

⑤ 代表者さまの住所、氏名などをまれなくご記入の上、押印してください。
 ※ 公的な証明書類として印鑑登録証明書を提出される場合は、登録印を押印してください。

下記のご請求については、同意者さまの選定、ご記入および押印が必要となります。
 ・500万円超1,000万円以下の保険金等
 ・重度障がい通知
 ・解約通知と同時の解約返戻金（還付）金
 ・年金の繰上支払
 ・契約者変更
 ・年金継続受取人指定
 ・保険料の払込免除

誓 約 書

株式会社かんぽ生命保険 御中
 独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

記入日

下記の請求・受領について、請求権者全員の協議により私が「代表者」となります。もし、このために後日、他の請求権者等から異議申立等があった場合には、保険者側に迷惑をかけることなく、私及び請求権者の中から選定した下記の「同意者」（同意者の選定を要しない場合を除く。）が自己の費用と責任をもって解決します。併せて、次に掲げる事項についても誓約します。

- 他の請求権者等から、この請求について異議申立等があったときは、同人に対して、下記の連絡先および金額等を含む請求・支払内容を情報開示することに同意します。
- 私に対して代表権を与えていない他の請求権者等が存在することを示す「遺言書」、「遺産分割協議書」等は存在しません。
- 私が復代理人を選任する場合、他の請求権者全員からその承諾を受けています。

保険証券（保険証書）記号番号	請求内容					
	①保険金等	②重度障がい通知	③解約返戻金	④年金の繰上支払	⑤契約者変更	⑥その他（）内に具体的に記入
0:0:0:0:0:0:0:0:0:0:0:0	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)

代表者	住所	〒△△△-△△△△ 東京都千代田区霞が関△-△	
	日中連絡先	(03)	△△△△ - △△△△
	フリガナ	ネン タカ	
	氏名	保険 太郎	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	△△年 △△月 △△日

一印鑑登録証明書を提出する場合は、登録印を押印してください。
印 ※登録印

請求内容欄で選択したもののうち、下記請求※については、上記代表者とともに本誓約書に同意する請求権者（同意者）を選定いただき、その方が記入および押印をしてください。

※ 500万円超1,000万円以下の保険金等の支払請求、重度障がい通知、解約返戻金（還付）金の支払請求、年金の繰上支払請求、契約者変更の請求、年金継続受取人指定の請求または保険料の払込免除請求の場合

同意者	住所	〒□□□-□□□□ 東京都港区三田□-□	
	日中連絡先	(03)	□□□□ - □□□□
	フリガナ	ネン ヨウコ	
	氏名	保険 陽子	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	□□年 □□月 □□日

一印鑑登録証明書を提出する場合は、登録印を押印してください。
印 ※登録印

注1：請求権者全員の協議が整っていない場合には、この誓約書でのお取扱いできません。
 注2：上記保険契約について、審査の結果、ご請求いただく保険金等のほかにお支払いすることができる保険金等があることが判明した場合、ほかにお支払いすることができる保険金等をお支払いすることがあります。その場合、当初にご請求いただいた保険金の金額が変わるため、改めて誓約書、代表者選定届を提出していただくことがあります。

【規程 Navi コード：55150 改正年月：2019.5】

① 誓約書を記入した年月日をご記入ください。

② お手続きをされるご請求について、チェック欄に「✓」してください。
 (例)
 ・ 保険金（給付金）のお手続き ⇒ 「①保険金等」に「✓」
 ・ 失効返戻（還付）金のお手続き ⇒ 「①保険金等」に「✓」
 ・ 契約者変更のお手続き ⇒ 「⑤契約者変更」に「✓」
 ・ 選択肢①～⑤に該当しないお手続き ⇒ 「⑥その他」に「✓」し、（）内にご記入ください。

③ 同意者さまの住所、氏名などをまれなく同意者さまご自身でご記入の上、押印してください。
 ※ 今回の請求の場合には「同意者」欄へのご記入が必要です。
 ※ 公的な証明書類として印鑑登録証明書を提出される場合は、登録印を押印してください。

誓約書は各種ご請求の請求日ごとにご提出いただく必要があります。

誓約書

株式会社かんぽ生命保険 御中
独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

記入日 年 月 日

下記の請求・受領について、請求権者全員の協議により私が「代表者」となります。

もし、このために後日、他の請求権者等から異議申立等があった場合には、保険者側に迷惑をかけることなく、私及び請求権者の中から選定した下記の「同意者」（同意者の選定を要しない場合を除く。）が自己の費用と責任をもって解決します。

併せて、次に掲げる事項についても誓約します。

- 他の請求権者等から、この請求について異議申立等があったときは、同人に対して、下記の連絡先および金額等を含む請求・支払内容を情報開示することに同意します。
- 私に対して代表権を与えていない他の請求権者等が存在することを示す「遺言書」、「遺産分割協議書」等は存在しません。
- 私が復代理人を選任する場合、他の請求権者全員からその承諾を受けています。

記

保険証券（保険証書）記号番号	請求内容					
	①保険金等	②重度障がい通知	③解約返戻（還付）金	④年金の繰上支払	⑤契約者変更	⑥その他（ ）内に具体的に記入
	<input type="checkbox"/>	()				
	<input type="checkbox"/>	()				
	<input type="checkbox"/>	()				

代表者	住所	〒 -				
	日中連絡先	() -				
	フリガナ					
	氏名				印 ※要押印	←印鑑登録証明書を提出する場合は、登録印を押印してください。
	生年月日	大正・昭和・平成・令和			年	月 日

請求内容欄で選択したもののうち、下記請求*については、上記代表者ととも本誓約書に同意する請求権者（同意者）を選定いただき、その方が記入および押印をしてください。

* 500万円超 1,000万円以下の保険金等の支払請求、重度障がい通知、解約返戻（還付）金の支払請求、年金の繰上支払請求、契約者変更の請求、年金継続受取人指定の請求または保険料の払込免除請求の場合

同意者	住所	〒 -				
	日中連絡先	() -				
	フリガナ					
	氏名				印 ※要押印	←印鑑登録証明書を提出する場合は、登録印を押印してください。
	生年月日	大正・昭和・平成・令和			年	月 日

注1：請求権者全員の協議が整っていない場合には、この誓約書でのお取扱いできません。

注2：上記保険契約について、審査の結果、ご請求いただく保険金等のほかにお支払いすることができる保険金等があることが判明した場合、ほかにお支払いすることができる保険金等をお支払いすることがあります。その場合、当初にご請求いただいた保険金の金額が変わるため、改めて誓約書、代表者選定届を提出していただくことがあります。