

住民票等により
死亡の事実を確認
しました。

取
扱
者

死亡事情書

1	お亡くなりになられた方の氏名	男 女	生年月日	明治 昭和 令和	大正 平成 令和	年 月 日	
2	死亡報告対象者	① 契約者 ② 被保険者 契約者を選んだ場合 被保険者との続柄 ()					
3	死亡年月日	平成 令和	年 月 日	4	傷病発生日	平成 令和	年 月 日
5	死亡の種類	1 病死および自然死 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災および火焰による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他不慮の外因死 9 自殺 10 他殺 11 その他および不詳の外因 12 不詳の死					
6	直接死因	7 直接死因の原因					
8	・災害・交通事故等による被害にあわれた時からお亡くなりになるまでの状況 ・上記6欄および7欄以外で死亡診断書に記載のある事項や医師等からの説明内容	※災害・交通事故等による被害にあわれたときは、必ず事故報告書を作成して添付してください。 ※可能な範囲で詳しくご記載ください。					
9	死亡診断医師※	病院名称	病院 診療所		科		
		所在地	都道 府県				
		医師氏名	先生	TEL			
(※所在地と医師氏名は必ずご記載ください。)							
上記記載事項は、事実と相違ありません。万一事実と異なることが判明した場合は、保険金等が支払われず、また、既に支払われた保険金等があるときはこれを返還することについても了承します。 なお、貴社が必要とした場合は、あらためて死亡証明書（診断書）を提出します。							
令和 年 月 日							
請求者氏名			法定代理人氏名				
氏名			① 親権者 ② 後見人 親権者				

死亡事情書 記入例

①

お亡くなりになられた方の氏名、性別および生年月日をご記入ください。

②

お亡くなりになられた方が契約者の場合は「1」、被保険者の場合は「2」を○でお困みください。
※「1」をお困みの場合は、被保険者との続柄をご記入ください。

③

お亡くなりになられた年月日をご記入ください。

⑥

お亡くなりになられた直接の原因※をご記入ください。
※死亡診断書をお持ちの場合、I欄(ア)の記載内容をご記入ください。

⑨

お亡くなりになられた際の診断をされた医師の氏名、病院名称等をご記入ください。
※所在地と医師氏名は必ずご記載ください。

⑩

ご請求を行う方の氏名をご記入ください。

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
株式会社かんぽ生命保険 御中

受付局所処理欄
住民票等により死亡の事実を確認しました。 取扱者

死亡事情書

1	お亡くなりになられた方の氏名	かんぽ 太郎	性別	男	生年月日	平成 11年 5月 5日
2	死亡報告対象者	<input checked="" type="radio"/> ① 契約者 <input type="radio"/> ② 被保険者		契約者を選んだ場合 被保険者との続柄()		
3	死亡年月日	平成 1年 10月 30日	4	傷病発生年月日	平成 1年 10月 10日	
5	死亡の種類	<input checked="" type="radio"/> ① 病死および自然死 <input type="radio"/> ② 交通事故 <input type="radio"/> ③ 転倒・転落 <input type="radio"/> ④ 溺水 <input type="radio"/> ⑤ 煙、火災および火傷による焼死 <input type="radio"/> ⑥ 窒息 <input type="radio"/> ⑦ 中毒 <input type="radio"/> ⑧ その他不慮の外因死 <input type="radio"/> ⑨ 自殺 <input type="radio"/> ⑩ 他殺 <input type="radio"/> ⑪ その他および不詳の外因 <input type="radio"/> ⑫ 不詳の死				
6	直接死因	脳梗塞	7	直接死因の原因	高血圧	
8	・災害・交通事故等による被害にあわれた時からお亡くなりになるまでの状況 ・上記6欄および7欄以外で死亡診断書に記載のある事項や医師等からの説明内容	※災害・交通事故等による被害にあわれたときは、必ず事故報告書を作成して添付してください。 ※可能な範囲で詳しくご記載ください。				
9	死亡診断書※	病院名称	かんぽ		病院診療所	内科
		所在地	東京	都道府県	千代田	〒110-0001
		医師氏名	郵政 一郎 先生	TEL	03-1234-5678	
(※所在地と医師氏名は必ずご記載ください。)						
上記記載事項は、事実に相違ありません。万一事実と異なることが判明した場合は、保険金等が支払われず、また、既に支払われた保険金等があるときはこれを返還することについて了承します。 なお、貴社が必要とした場合は、あらかじめ死亡証明書(診断書)を提出します。						
		請求年月日	令和 1年 11月 2日			
		請求者氏名	氏名 かんぽ 花子		法定代理人氏名 <input type="checkbox"/> ① 配偶者 <input type="checkbox"/> ② 後見人 親権者	

(サービスセンターに送付) (ISCでの保存期間：7年)
【規程Naviコード：54254 改正年月：2021.10】

④

お亡くなりになられた原因の発生日をご記入ください。

⑤

お亡くなりになられた原因の種類を○でお困みください。
※○で囲む項目が分からない場合は、郵便局の社員にお問い合わせください。

⑦

お亡くなりになられた直接の原因について、その原因※をご記入ください。
※死亡診断書をお持ちの場合、I欄(イ)(ウ)(エ)の記載内容をご記入ください。

⑧

・災害・交通事故等が原因でお亡くなりになられた場合にご記入ください。
※災害・交通事故等による被害にあわれたときは、必ず事故報告書を作成して添付してください。

・死亡診断書のII欄(直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等)や18欄(その他特に付言すべきことから)に記載がある場合や、医師等から死因について特に説明がある場合はその内容をご記入ください。

郵便局の社員にご確認の上、ご記入ください。