

契約者代理人代理開始通知書 記入例

契約者代理人さまがすべての欄をご記入ください。

② 内容を確認いただき、すべての□に✓をしてください。

③ 契約者さまの氏名をご記入ください。

④ 対象となる保険証券（保険証書）記号番号をご記入ください。
※ 対象となる保険契約が6件以上となる場合は、裏面余白にご記入ください。

① 通知書を記入した年月日をご記入ください。

⑤ 契約者代理人さまの住所、電話番号、生年月日、氏名をご記入ください。

契約者代理人代理開始通知書

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

この通知書は、かんぽ生命保険契約に係る通知の場合は株式会社かんぽ生命保険に対して、簡易生命保険契約に係る通知の場合は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に対して提出します。

通知年月日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

通知に際し、以下内容を確認・同意のうえチェック欄（□）にチェックしてください。

契約者は現在、請求意思能力を喪失しているため、請求することができません。つきましては、契約者によりあらかじめ指定され、かつ請求時において所定の要件を満たす契約者代理人である私が、契約者の利益のために、今後、下記の契約に係る請求手続きをします。

もし、このために後日、他の契約関係者等から異議申立を受けた場合は、私が自己の費用と責任をもって解決します。

通知内容

- ◆ 契約者が請求意思能力を喪失していることを確認できる会社所定の医師の証明書（診断書）をご提出ください。なお、医師の証明書（診断書）の取得にかかる費用は、お客さまのご負担となりますので、ご了承ください。医師の証明書（診断書）については、契約者の状況が変わらないときは、次回以降の手続き時に再度のご提出を省略できる場合があります（手続きによっては医師の証明書（診断書）を改めてご提出いただく必要があります。）。
- ◆ 契約者の意思能力が回復された場合、契約者代理人の代理権が終了します。この場合、契約者本人から通知が必要です。
- ◆ 契約者代理人の代理開始後も、当社からの各種お知らせ等は契約者あてに引き続き送付します。

フリガナ ホケン イロウ
契約者氏名 保険 一郎

①	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
②	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
③	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
④																				
⑤																				

※ 対象となる保険契約が6件以上ある場合は、裏面余白に記入してください。

〒△△△-△△△△ 固定 (〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 携帯 - -
契約者代理人住所・電話番号 東京都千代田区大手町△-△-△

契約者代理人生年月日 (大正) (昭和) (平成) (令和) (西暦) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

別紙「個人情報の利用について」を受領し、確認しました。

フリガナ ホケン サクラ
契約者代理人氏名 (自署または記名押印) 保険 さくら

【ご注意】 本枠の中は必ず契約者代理人本人が記入し、自署または記名押印してください。契約者代理人がさらに別の方に手続きを委任すること（復代理）は認められません。

受付局所使用欄	SC受入年月日	受付局所日附印
---------	---------	---------

(サービスセンターに送付) (SCでの保存期間：7年)
【規程Navicord：57010 制定年月：2024.10】

契約者代理人代理開始通知書

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

この通知書は、かんぽ生命保険契約に係る通知の場合は株式会社かんぽ生命保険に対して、簡易生命保険契約に係る通知の場合は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に対して提出します。

		通知年月日	令和	年	月	日
通知内容	<p>通知に際し、以下内容を確認・同意のうえチェック欄（□）にチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 契約者は現在、請求意思能力を喪失しているため、請求することができません。 つきましては、契約者によりあらかじめ指定され、かつ請求時において所定の要件を満たす契約者代理人である私が、契約者の利益のために、今後、下記の契約に係る請求手続きをします。</p> <p><input type="checkbox"/> もし、このために後日、他の契約関係者等から異議申立を受けた場合は、私が自己の費用と責任をもって解決します。</p> <p>◆ 契約者が請求意思能力を喪失していることを確認できる会社所定の医師の証明書（診断書）をご提出ください。 なお、医師の証明書（診断書）の取得にかかる費用は、お客さまのご負担となりますので、ご了承ください。 医師の証明書（診断書）については、契約者の状況が変わらないときは、次回以降の手続き時に再度のご提出を省略できる場合があります（手続きによっては医師の証明書（診断書）を改めてご提出いただく必要があります。）。</p> <p>◆ 契約者の意思能力が回復された場合、契約者代理人の代理権が終了します。この場合、契約者本人から通知が必要です。</p> <p>◆ 契約者代理人の代理開始後も、当社からの各種お知らせ等は契約者あてに引き続き送付します。</p>					
契約者氏名	フリガナ -----					
保険証券（書） 記号番号 （※）	①					
	②					
	③					
	④					
	⑤					
※ 対象となる保険契約が6件以上ある場合は、裏面余白に記入してください。						
契約者代理人 住所・電話番号	〒 - 固定（ ） - 携帯 - -					
契約者代理人 生年月日	○大正 ○昭和 ○平成 ○令和 ○西暦 年 月 日					
契約者代理人 氏名 （自署または 記名押印）	別紙「個人情報の利用について」を受領し、確認しました。					
	フリガナ -----					

【ご注意】 太枠の中は必ず契約者代理人本人が記入し、自署または記名押印してください。
契約者代理人がさらに別の方に手続きを委任すること（復代理）は認められません。

受付局 所使用欄		S C 受入 年月 日		受付局 所日 附印	
-------------	--	-------------------------	--	-----------------	--

（サービスセンターに送付）

（SCでの保存期間：7年）

【規程Navicord：57010 制定年月：2024.10】