

拠出型企業年金保険（ドリーム年金）

給付金請求書

整理番号バーコードシール貼付欄
（第一生命使用欄）

第一生命保険株式会社 行

下記の加入者が脱退しましたので、拠出型企業年金保険契約協定書の定めるところにより受取人に給付金をお支払いください。

1 ~ 8 の欄に、ご記入ください。

訂正する場合は、お届け印を訂正箇所すべてに押印ください。
契約者記入欄 - 団体印（以外はお受取人印）

お届け印鑑

団体名
代表者

契約者記入欄

2 団体番号
1 5 11 17 18 20 21 22

3 記入年月日
和暦 年 月 日 23 28

4 加入者名（カナ）
男 女 29

加入者番号（右詰）
0 0 0 39 40 42

大 2 生年月日（和暦）
昭 3 年 月 日 平 4
送信 1 50

5 脱退事由
定年 02
中途 10
死亡 40
51 52
脱退年月日（和暦）
和暦 年 月 日 53 58

定年 - 払込満了日
中途 - 月払（基本の保険料払込方法）の最終払込月の末日
死亡 - 死亡日

6 月払分保険料最終払込
和暦 年 月 払込分まで 68 71

半年払分保険料最終払込
和暦 年 月 払込分まで 72 75

実際に払込まれた最終の月分を記入してください。

7 添付書類
印鑑証明書 有 1 0
戸籍謄（抄）本 有 1
84 85 86

8 退職時一時払保険料の払込（保険料額）
有 1 87 88 百万 千 円 96

退職時一時払保険料の払込みを希望する場合に記入してください。（制度上お取扱いがある場合のみ）
上限は1,000万円です。ただし、確定年金をご選択の場合は、1,000万円と退職時の積立金額のどちらか低い額が限度となります。

見本

ご加入者記入欄

ご住所
ご署名

郵便番号 177 183
ご住所 フリガナ 町村以下
都道府県 市区町村
257 団地名、アパート、方書など

フリガナ 258 277
受取人氏名（自署） 姓 名

印鑑証明書提出時には、印鑑証明印をご使用ください。

278
ご加入者との続柄
配偶者 1 養父母 6
子ども 2 孫 7
本人 0 父母 3 祖父母 8
兄弟姉妹 4 その他 9
養子 5

表紙「給付金請求のご案内」に記載の「個人情報のお取扱について」をこの度提出する全ての個人情報の本人に対し確認し、同意の上、自署・押印しました。

受取方法が年金で、配偶者年金特則を付加した場合、記入が必要となります。

279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300
フリガナ 性別 生年月日（和暦）
配偶者氏名（自署） 姓 名 男 1 女 2
大 2 昭 3 平 4
年 月 日

F お振込先

307 308 4 1 振込先口座を、ご記入ください。
309 フリガナ 323 324 325 326 345
金融機関名 銀行 00 信組 15 支店名
信託 02 農協 20
信金 10 信託 25
(注) 当座預金・貯蓄預金口座 1 を指定される場合は「普通総合 01」を抹消の上その旨 2をご記入ください。
346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358
口座番号（右詰）
1 0 0
フリガナ
口座名義は、受取人本人の口座をご指定ください。

- 1 貯蓄預金口座への送金は、一時金受取りの場合のみで、事前に金融機関への確認が必要です。確認済みですか？ はい
- 2 普通総合以外を選択される時は、"貯蓄預金：04"と訂正ください。

送信

第一生命使用欄

（書類受付日または書類完備日）

書類受付・完備日

伝票コード
L 5 0 / 0 8 0 0 0 -

4 受付印
平成 433 434 439

（人 力）
担当員 点検印

本社
受付印

支社
受付印



2950200011