

# 代表者選定届 記入例

の欄はお手続きをされる相続人さまが

の欄はお手続きをされる方以外の相続人さまがご記入ください。

④

(注)  
お亡くなりになられた方の婚姻から死亡までの戸籍謄本をご提出される場合は、該当する項目を「○」で囲むとともに、氏名欄にお手続きをする相続人の方による記名、押印が必要となります。

⑤

お手続きをされる保険証券（保険証券）記号番号をご記入ください。

⑥

お手続きをされる方（ご来局される方）以外の相続人さま全員の住所、氏名などを忘れなくご記入の上、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ご提出される場合は、登録印を押印してください。

## 代表者選定届

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 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

代表者

住所	〒△△△-△△△△ TEL ( 03 ) △△△△ - △△△△		
フリガナ	ホケン タロウ		
氏名	保険 太郎		
法定代理人	※要押印		

下記1の請求・受領について、代表者を含めた請求権者全員による協議の上、上記の者を代表者に選定しました。また、代表者が復代理人を選定することについても、代表者以外の請求権者全員が同意しました。なお、本件について、代表者以外の請求権者全員が同意していることの証として、それぞれの請求権者の印鑑登録証明書（またはそれぞれの請求権者において本人のみが使用できる公的な書類）を提出します。

注 審査の結果、ほかにお支払いすることができる保険金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を請求にいらっしゃる方（代表者）にお支払いすることがあります。

◎ 上記代表者欄および下記2に記名押印した者以外に

（相続人・被保険者の子）はいません。  
氏名 保険 太郎

1 対象の保険契約・請求内容

保険証券（保険証書）記号番号	請求内容					
	①保険金等	②重傷賠償通知	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
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	( )
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )

2 代表者以外の請求権者

住所	〒□□□-□□□□ TEL ( 03 ) □□□□ - □□□□		
フリガナ	ホケン ヨウコ		
氏名	保険 陽子		
法定代理人	※要押印		

①

代表者選定届を記入した年月日をご記入ください。

②

お手続きをされる相続人の方の住所、氏名などを忘れなくご記入の上、押印してください。

③

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）、健康祝金、年金、失効返戻（還付）金のお手続き ⇒ 「①保険金等」に「✓」
- ・ 解約返戻（還付）金のお手続き ⇒ 「③解約返戻（還付）金」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。

(注)

お手続きをされる相続人さまおよびお手続きをされる方以外の相続人さまが未成年の場合は、氏名欄の下部の法定代理人欄に親権者等の記名押印が必要です。

# 代表者選定届

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

代表者

住所	〒 — TEL ( ) —					
フリガナ					印 ※要押印	
氏名						
法定代理人			印 ※要押印			印 ※要押印

下記1の請求・受領について、代表者を含めた請求権者全員による協議の上、上記の者を代表者に選定しました。  
また、代表者が復代理人を選任することについても、代表者以外の請求権者全員が同意しました。  
なお、本件について、代表者以外の請求権者全員が同意していることの証として、それぞれの請求権者の印鑑登録証明書（またはそれぞれの請求権者において本人のみが使用できる公的な書類）を提出します。

注 審査の結果、ほかにお支払いすることができる保険金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を請求にいらっしゃる方（代表者）にお支払いすることがあります。

◎ 上記代表者欄及び下記2に記名押印した者以外に（相続人・被保険者の子）はいません。

氏名

印  
※要押印

記

## 1 対象の保険契約・請求内容

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"/>	<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"/> ( )

## 2 代表者以外の請求権者

住所	〒 — TEL ( ) —					
フリガナ					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。
氏名						
法定代理人			印 ※要押印			印 ※要押印

