

〒141-0001  
東京都品川区北品川  
5-6-1

かんぽ 太郎 様

2024 年 11 月  
株式会社かんぽ生命保険  
(簡易生命保険管理業務受託者)


(お問い合わせ番号) CF000001

## 【お願い】 大切なご案内を確実にお届けするために

拝啓 平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

かんぽ生命では、自然災害（地震、台風や大雨による洪水等）での有事や事故やご病気等により、お客さまに何かお困りごとがあった場合でも、**ご加入中の保険契約について大切なご案内を確実にお届けするため、①ご契約者さまの連絡先の更新（携帯電話番号の登録）と、**万一ご契約者さまと連絡が取れず、各種手続きのご案内が差し上げられない場合に備えて、**②ご家族の連絡先のご登録の2点をお願いしております。**

つきましては、下記をご確認いただき、同封しております「**ご家族登録申込書（兼住所等届出書）【郵送用】**」の **1** から **4** をご記入の上、返信用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。

ご契約者さまの 連絡先の更新	ご契約者さまの <b>ご登録住所の確認</b> および <b>ご連絡先（携帯電話・固定電話）の登録および変更</b> をお願いいたします。	左記のお手続きは <b>マイページ</b> からもお手続きいただけます。  マイページ登録はこちら▶
ご家族の連絡先 のご登録	ご加入中の保険契約について、万一の場合等にかんぽ生命からご案内を差し上げてもしもご家族がいらっしゃいましたら、 <b>ご家族ともご相談の上、ご家族のご連絡先（携帯電話・固定電話）の登録</b> をお願いいたします。 (制度の詳細は別添「ご家族登録制度規約」をご確認ください。)	

ご不明な点等がございましたら、かんぽ生命の専用フリーダイヤル（下記記載のお問い合わせ先）や担当局まで、ご連絡いただきますようお願い申し上げます。

なお、下記記載のフリーダイヤルから本ご案内等についてご説明させていただくためのご連絡をさせていただく場合もございますので、ご承知のほど、よろしくお願い申し上げます。

敬 具

### 〈本件のお問い合わせ先〉

株式会社かんぽ生命保険 お問い合わせ専用フリーダイヤル

0120-833-552

### 受付時間

月～金 9:00～20:00

土日・休日 9:00～17:00

(12月29日～1月3日は除きます。)

### 担当局所

東京中央郵便局

担当局所から連絡させていただく場合がございますので、あらかじめご了承ください。

(お客さまとの電話は、内容を正確に承るために録音させていただきますので、あらかじめご理解とご協力をお願いいたします。)

## ご契約情報の一覧

○ご案内の対象のご契約の情報は次のとおりです。  
 詳細は「ご契約内容のお知らせ」等をご確認ください。

1/1 枚

契約通番	1		
保険証券（書）記号番号		11-11-1111111	
契約日または効力発生日		1975年4月1日	
保険種類		10年払込終身保険	
被保険者		かんぼ 太郎 様	
保険金受取人のご指定	満期	-	
	死亡	かんぼ 花子 様	
担当局所		東京中央郵便局	

※受取人を複数名ご指定いただいている場合は、保険証券(書)をご確認ください。

契約通番	2		
保険証券（書）記号番号		22-22-2222222	
契約日または効力発生日		2001年4月1日	
保険種類		10年払込15年満期養老保険	
被保険者		かんぼ 太郎 様	
保険金受取人のご指定	満期	かんぼ 太郎 様	
	死亡	かんぼ 次郎 様	
担当局所		東京中央郵便局	

※受取人を複数名ご指定いただいている場合は、保険証券(書)をご確認ください。

契約通番			
保険証券（書）記号番号			
契約日または効力発生日			
保険種類			
被保険者			
保険金受取人のご指定	満期		
	死亡		
担当局所			

※受取人を複数名ご指定いただいている場合は、保険証券(書)をご確認ください。

赤枠の項目をご記入のうえ、返信用封筒によりご返信ください

## ご家族登録申込書（兼住所等届出書）【郵送用】

提出先：株式会社かんぽ生命保険  
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

保険証券(書)記号番号	11-11-1111111	22-22-2222222	
-------------	---------------	---------------	--

### 1 保険契約者の情報の記入欄

○下記のとおり変更後の住所等を届け出ます。

契約者氏名	フリガナ	カンボ タロウ	連絡先	2		
	1 (自署)	別紙「個人情報の利用について」を受領し、確認しました。		携帯		-
				固定	-	-
住所	〒141-0001 東京都品川区北品川5-6-1					

○保険契約者さまのご登録の住所をご確認の上、**現在お住まいの住所が異なる場合、以下にご記入ください。**

3 変更後住所	〒	-	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道	<input type="checkbox"/> 郡 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区
			<input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村

### 2 ご登録家族の情報の記入欄

※ご家族の氏名等にシステム上登録できない文字等が含まれている場合は、登録可能な文字(全部をカナ文字にする場合を含みます。)に置き換えて登録します。

○「ご家族登録制度規約」に同意し、登録ご家族および契約関係者等から規約に定める同意を取得した上で、以下のとおり、上記に記載の契約に対し、家族情報の登録を申し込みます。

4 ご家族の氏名	カナ		保険契約者からみた続柄(チェック)	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫		
	漢字			<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 配偶者		
				----- (上記以外の場合は次のいずれかをチェックください) -----		
			<input type="checkbox"/> 上記以外の3親等内親族			
			<input type="checkbox"/> 財産管理を行っている方			
			<input type="checkbox"/> 同居している方			
			<input type="checkbox"/> 死亡保険金受取人			
			<input type="checkbox"/> 上記以外の被保険者・保険金受取人指定代理請求人			
生年月日	3 昭和	4 平成	5 令和	年 月 日		
性別	1 男性	0 女性				
住所	<input type="checkbox"/> 保険契約者の住所と同じ(保険契約者の住所と同じ場合はチェック☑してください。その場合、本住所欄への記入は不要です。)					
	〒	-	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道	<input type="checkbox"/> 郡 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区		
			<input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村		
電話番号	携帯	-	-	固定	-	-

会社使用欄	登録家族住所コード										受入年月日	