

茨城県市町村職員共済組合

# 「共済愛情保険」

## 退職後制度の手引き

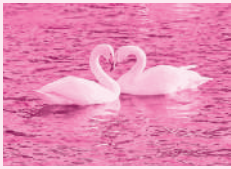


- 「共済愛情保険」退職後制度にかかる手続き手順…1
- 「愛情サポート」ご加入の方 ……………2～6
- 「愛情サポート」未加入の方 ……………7～10
- 「積立年金保険」ご加入の方 ……………11～17
- 退職後の問い合わせ先について……………18
- 注意事項 ……………19

明治安田生命保険相互会社 公法人第二部 法人営業第二部

〒110-0006 東京都台東区秋葉原5-9 明治安田生命秋葉原ビル6階

☎03-5289-7145

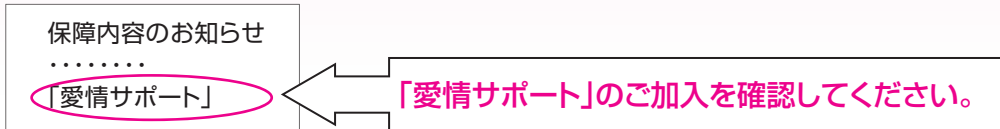


# 「共済愛情保険」退職後制度にか かかる手続き手順

1

## 「愛情サポート」の加入有無を確認

現在の加入内容を“保障内容のお知らせ”等で確認して、「愛情サポート」に加入しているかを確認してください。



2

## 「愛情サポート」ご加入の方

➡ 2～6ページへ

2種類の提出書類を準備

- ・退職時確認書(記入方法:5ページ)
- ・退職後保険料振替・配当金受け入れ口座登録書(記入方法:6ページ)

## 「愛情サポート」未加入の方

➡ 7～10ページへ

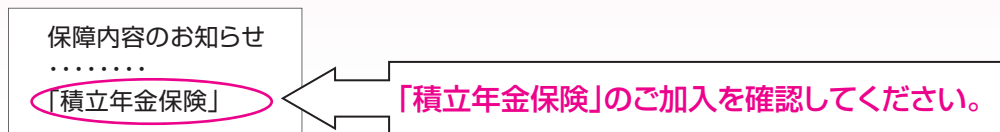
2種類の提出書類を準備

- ・意思確認用紙(記入方法:10ページ)
- ・退職時確認書

3

## 「積立年金保険」の加入有無を確認

現在の加入内容を“保障内容のお知らせ”等で確認して、「積立年金保険」に加入しているかを確認する。



4

## 「積立年金保険」ご加入の方

➡ 11～17ページへ

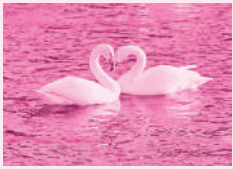
3種類の提出書類を準備

- ・「積立年金保険」請求書(記入方法:14～16ページ)
- ・個人番号(マイナンバー)申告書※(記入方法:17ページ)
- ・個人番号(マイナンバー)記載書類※(添付方法:17ページ)

各種書類は所属所の  
共済事務主管課  
へ提出

※「一時金受取りで100万円を超える場合」、「年金受取りで年間20万円を超える場合」、「ご遺族が年金を受取る場合(金額にかかわらず)」のいずれかの場合に必要となります。

当該条件に該当しない場合は「個人番号(マイナンバー)申告書」、「個人番号(マイナンバー)記載書類」の提出は不要。



# 「愛情サポート」ご加入の方

1

制度の概要及び提出書類

……3

2

「愛情サポート」等継続に関する注意事項

……4

3

「愛情サポート」等継続のお手続き方法

…5・6

1

## 制度の概要及び提出書類

### 共済愛情保険(団体保険)を退職後も続けることが出来る制度

※愛情サポートに加入していることが条件となります。



※年齢は保険年齢です。

- ※1 愛情、愛情サポート、医療保障保険、医療保障保険(手術サポート)、医療保障保険(先進医療サポート)、健康応援給付、ケガ通院補償の保険期間満了日は、ご加入者(被保険者)が更新日時点で加入資格を満たす直後の更新日の前日までです。
- ※2 退職後継続給付の保険期間満了日は、ご加入者(被保険者)が保険期間中に満期年齢(保険年齢)をむかえられた直後の更新日の前日までです。更新日時点で満期年齢(保険年齢)に達している場合は継続加入できませんのでご注意ください。

### 退職と同時に終了となる制度



## 2

## 「愛情サポート」等継続に関する注意事項

- 1 組合員本人・配偶者とも退職日直前までご加入されている制度（「長期療養休業補償」、「積立年金保険」は除く）を継続できます。  
ただし、組合員本人の「愛情サポート」の継続加入が必要です。  
※退職時にコース変更はできません。
- 2 配偶者が継続できる制度は、組合員本人が継続加入する制度に限ります。
- 3 「愛情」・「愛情サポート」・「医療保障保険」は1年ごとに収支計算を行い、剰余金が生じた場合は、配当金としてお返しします。  
還付口座は「退職後保険料振替・配当金受け入れ口座登録書」にてご指定いただいた口座となります。  
※配当率はお支払い時期の前年度決算により決定しますので、将来お支払いする配当金額は現時点では確定していません。  
（上記以外の制度には配当金はありません）
- 4 年に1度更新手続き時期（10～11月頃）に脱退・減額が可能です。（新規加入・増額はできません）  
更新書類（申込書等）は毎年10月～11月頃にご自宅宛に送付いたします。変更された内容は翌年3月1日より適用となります。
- 5 保険料は毎月22日（金融機関が休日の場合は、翌営業日）にご指定の個人口座より引き落とし（口座振替）させていただきます。  
※残高不足等で保険料の口座振替ができなかった場合は、翌月に2カ月分の保険料を口座振替いたします。  
その際、2カ月分の保険料振替不能の場合は自動脱退となります。  
※初回のみ2カ月分の保険料を口座振替いたします。（4・5月分）
- 6 毎年1月と2月は更新処理にかかるため、保険料振替不能の場合は翌月調整が行えず自動脱退となります。（1月と2月は口座残高にご注意をお願いします）
- 7 「愛情」のボーナス給付コースの保険料は、1月と7月に月額保険料と一緒に引き落としさせていただきます。  
※保険料振替不能の場合は、翌月調整が行えず、全制度自動脱退となりますので、ご注意ください。
- 8 保険料口座振替および資料送付等の事務費用として、別途制度運営費（月額314円）がかかります。  
ご指定の口座より毎月の保険料と一緒に引き落としさせていただきます。
- 9 退職後の保険金・給付金の請求等の事務取扱い窓口は下記になります。

## 株式会社日本共同システム &lt;略称:NKS&gt;

☎0120-129-128 ※団体保険コールセンター

9:00～17:00（年末年始を除く）

※共済愛情保険における退職後の保険金・給付金の請求や加入内容照会等について株式会社日本共同システムへ業務委託しております。

※「退職後保険料振替・配当金受け入れ口座登録書」記入事項（氏名・住所・電話番号・振替口座等）に変更がある場合は、必ずご連絡願います。

3

# 「愛情サポート」等継続のお手続き方法

1

「保障内容のお知らせ」にて現在の加入内容をご確認ください。

年に1度更新手続き時期(10~11月頃)に脱退・減額が可能です。(新規加入・増額はできません)

※更新書類(申込書等)は毎年10月~11月頃にご自宅宛に送付致します。

2

退職時確認書をご提出ください。

記入例

茨城県市町村職員共済組合 御中

① 記入日 令和6年3月1日

② 『共済愛情保険 退職時確認書』

退職予定日	令和6年3月31日	【担当者記入欄】 受付日：令和 年 月 日
所属所名	〇〇市役所〇〇課	担当者氏名： <input type="text"/>
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	※担当者が署名する場合は、押印は不要です
申出人氏名	ヤマダ タロウ	

退職後における共済愛情保険の取扱いについて、下記のとおり申し出ます

③ 退職後の組合員資格の有無を記入してください

◆退職後も組合員資格を有する場合(フルタイム再任用、会計年度任用職員等)は口ありを選択してください(任意継続を除く)

あり ← どちらかに印をお願いします →  なし

【②継続希望についてご記入ください】

【退職後も組合員資格「あり」の方は以下の注意事項をご確認ください】

現在の加入内容で継続加入となります。②継続希望について記入は不要です

退職後の在籍所属が保険料の給与控除を取扱っていない場合、口座振替のお手続きが必要です。別途、「退職後保険料振替・配当金受け入れ口座登録書」をご提出ください  
→(記入方法：6ページ)

④ 共済愛情保険の継続希望について記入してください

退職後の継続内容について、次の2項目から選択し「印」を記入してください

継続する       脱退する

\*1 「愛情サポート」に加入している場合

※「退職後保険料振替・配当金受け入れ口座登録書」をご提出ください

※退職後は「長期療養休業補償」および「積立年金保険」の継続はできません(脱退となります)

※継続するまたは脱退する以外の内容変更は取扱いいたしません(更新手続きの際にお手続きください)

\*2 「愛情サポート」に加入していない場合

個人扱保険に健康告知なしで加入することができますので、資料送付いたします

【特記事項】

※「共済愛情保険」に加入している方は全員提出が必要です

- ①日付をご記入ください。
- ②退職予定日、所属所名、被保険者番号、氏名(カタカナ)をご記入ください。
- ③退職後の組合員資格の有無についてご記入ください。  
退職後も組合員資格※を有する場合(フルタイム再任用、会計年度任用職員等で勤務)は「あり」に $\blacktriangleright$ 点をチェックし、所属所の共済事務主管課までご提出ください。(※任意継続は除く)  
なお、退職後の在籍所属が保険料の給与控除を取扱っていない場合、口座振替のお手続きが必要です。(「退職後保険料振替・配当金受け入れ口座登録書」をご提出ください)  
退職後に組合員資格を有さない場合(退職等)は「なし」に $\blacktriangleright$ 点をチェックのうえ、②共済愛情保険の継続希望についてご記入ください。
- ④「愛情サポート」に加入している場合、退職後の継続希望について、「継続する」または「脱退する」に $\blacktriangleright$ 点をチェックしてください。  
なお、「継続する」方は、「退職後保険料振替・配当金受け入れ口座登録書」をご提出ください。  
「愛情サポート」に加入していない場合、個人扱保険に関する案内送付を希望する方は「継続する」に $\blacktriangleright$ 点を、希望しない方は「脱退する」に $\blacktriangleright$ 点をチェックしてください。

## 記入例

## 退職後 保険料振替・配当金受け入れ口座 登録書

退職後の団体保険に関する書類送付先（加入通知書・保険料控除証明書等）及び口座（保険料振替・配当金受け入れ）を下記の通り登録します。

①

フリガナ	ヤマダ タロウ	性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日	西暦	1961	年	10	月	10	日
氏名	山田 太郎	〒	160	支店コード	0023	都道府県	東京都	市区町村	新宿区西新宿		
現住所	番地以降		7-11-18								
マンション等											
ご退職後の連絡先	携帯※1	090	1234	5678	携帯電話の 日中連絡先※2	000	123	4567			
※1…保険料収納関係のご案内のため、携帯電話番号あてに「ショートメッセージ」を送信する場合がございますのでご了承ください。 ※2…ご退職後の連絡先として、「携帯」以外で日中ご連絡が可能な「自宅」または「勤務先」の電話番号を記入願います。											
現在の勤務先	勤務所名	〇〇市役所	部署名	〇〇課	勤務先電話番号	03-1234-5678					
ご連絡事項					退職予定年月	2024 年 3 月					

被保険者本人です。

②

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (金融機関提出用)

取扱金融機関 御中

私が支払うべき料金を、次のとおり口座振替によって支払うこととしたいので、裏面の預金口座振替規定を承認のうえ依頼します。

収納代行会社 株式会社 日本共同システム (略称 NKS)

被保険者番号

振替日(払込日) 22日(金融機関休業日の場合翌営業日)

振替開始日(払込開始日) 請求書が初めて取扱店に到着した日以降の最初の振替日

③

記入日 2024年 3月 1日

委託者名 No.

④

フリガナ ヤマダ タロウ

預金者 口座名義 山田 太郎

⑤

必ずどちらか一方をご記入ください。

ゆうちょ銀行以外の金融機関

フリガナ シンシ ユク

銀行 〇 〇 〇

支店 〇 〇 〇

預金種目 普通

口座番号 7 6 5 4 3 2 1

お買いこ番号は右から読めてご記入ください。記入時桁数に満たないときは「0」をご記入ください。

ゆうちょ銀行

振替コード 166

契約種別コード 30

記号 1 0

番号

払込先口座番号 00130-8-90564

払込先加入者名 株式会社日本共同システム

この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書に不備がありましたら、右記へご連絡ください。

160-0023 東京都新宿区西新宿7-11-18 711ビル8階  
株式会社 日本共同システム

①氏名・性別・生年月日・現住所・ご退職後の連絡先をご記入ください。

②現在の勤務先と退職予定年月をご記入ください。

③日付をご記入ください。

④氏名を口座名義にてご記入ください。(被保険者本人の口座をご指定願います。)

⑤金融機関名・支店名・支店コードを通帳のとおりにご記入ください。

※ゆうちょ銀行をご利用の場合は、ゆうちょ銀行欄へご記入ください。

※口座番号が7桁に満たない場合は、前0をご記入ください。  
(例) 123456 → 0123456

⑥金融機関お届印を鮮明に押印ください。

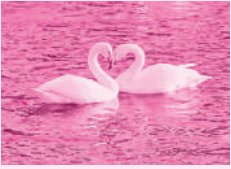
## (注) お取り扱いしていない主な金融機関

農林中央金庫	漁業協同組合	ジャパンネット銀行	セブン銀行	ソニー銀行
楽天銀行	住信SBIネット銀行	じぶん銀行	イオン銀行	大和ネクスト銀行
新銀行東京	新生銀行	あおぞら銀行	SBJ銀行	

※取扱い金融機関の詳細はにつきましては、(株)日本共同システム(略称:NKS)ホームページ(<http://www.nks-inc.jp/>)の「事業紹介」→「口座振替による集金代行サービス」の「お取扱い金融機関」によりご確認願います。

## ※記入内容を訂正する場合のご注意

下半分の「振替依頼書」(金融機関提出用)のご記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を=にて抹消のうえ「金融機関お届け印」を訂正印として押印してください。



## 「愛情サポート」未加入の方

1

制度の概要及び提出書類

……8

2

退職後制度ご加入のお手続き

……9

3

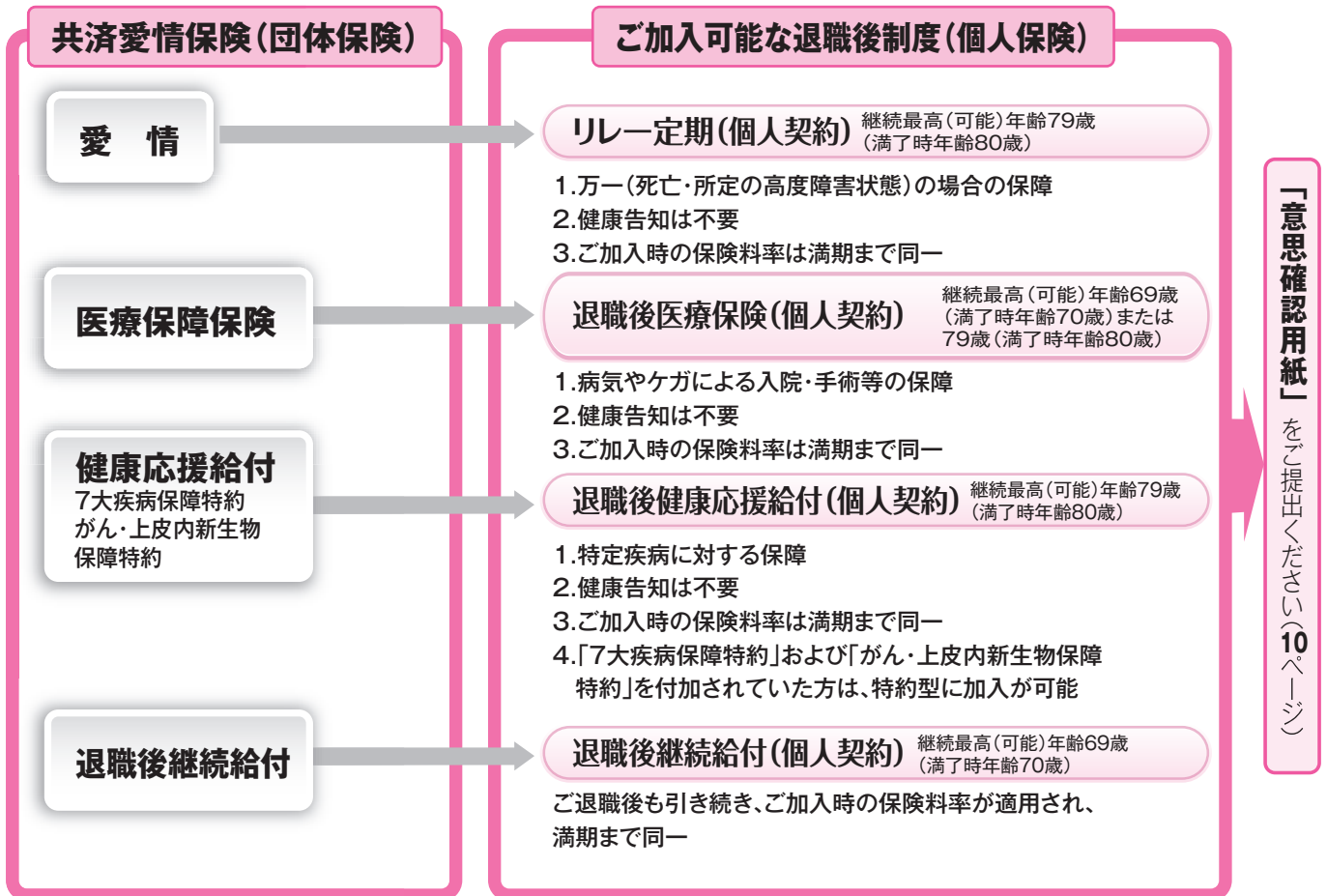
意思確認用紙記入要領

……10



1

## 制度の概要及び提出書類



※記載の保険商品について、今後の環境変化等により取扱内容(販売休止を含む)を変更させていただく可能性があります。リレ一定期、退職後医療保険、退職後健康応援給付について、詳細は別途配付の正規パンフレットをご参照願います。

※リレ一定期は本人が「愛情サポート」未加入者で、「愛情」に本人の退職日直前まで継続して2年以上ご加入の本人および配偶者が加入できます。リレ一定期加入(予定)日現在、保険年齢18~75歳の方が対象となります。

※リレ一定期、退職後医療保険、退職後健康応援給付、退職後継続給付(個人契約)の保険期間満了日は、ご加入者(被保険者)が保険期間中に満期年齢(保険年齢)をむかえられた直後の更新日の前日までです。更新日時点で満期年齢(保険年齢)に達している場合は継続加入できませんのでご注意ください。

※退職後継続給付(個人契約)はご退職等により被保険者が契約者となった場合、保険期間満了後は80歳まで自動更新の取扱いとなります。また、更新後の掛金は、更新時の年齢および保険料率により計算します。

### 退職と同時に終了となる制度

医療保障保険(手術サポート) ※旧 医療保障サポート → 継続できません

医療保障保険(先進医療サポート) → 継続できません

ケガ通院補償 → 継続できません

長期療養休業補償 → 継続できません

積立年金保険 → 積立終了・受取開始(11~16ページへ)

## 2

## 退職後制度ご加入のお手続き

## 1 現在のご加入内容をご確認ください。

『意思確認用紙』に現在のご加入内容が記載されています。

## 2 「意思確認用紙」をご返送ください。

10ページ「3. 意思確認用紙記入要領」を参照のうえ必要事項をご記入ください。

※ご加入を希望されない場合も意思確認欄の「申し込みません」を選択してご提出ください。

## 3 「退職時確認書」をご提出ください。

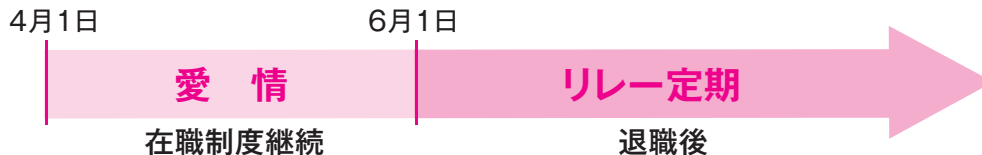
## ご加入を希望される場合

## 4 退職翌月～退職後制度契約日までの在職時加入制度の保険料をお振込ください。

退職後から退職後制度の契約日までは在職中にご加入いただいた制度を継続いただく必要があります。  
 (「長期療養休業補償」・「積立年金保険」は除く)

(例)3月末退職で「リレー定期」にご加入の場合、6月1日をご加入日となりますので、  
 お振込いただく「愛情」の保険料は4・5月分です。

※保険料については、引受保険会社(明治安田生命)より別途ご案内いたします。



## 5 申込書をご提出ください。

事務代行会社(明治安田ライフプランセンター(株))より「申込書」・「約款」を送付します。  
 到着いたしましたら申込書にご記入のうえ1週間ほどを目途にご返送ください。

## 6 振込依頼書にて退職後ご加入商品の保険料をお振込ください。

申込書提出後に、事務代行会社(明治安田ライフプランセンター(株))から振込依頼書をご自宅へ送付します。  
 振込依頼書に記載の締切日までに退職後制度契約分の保険料※をご入金ください。  
 (※上記4の例では6月1日以降の保険料)

## 7 ご自宅に保険証券が届きます。

契約日(ご加入日)以降に引受保険会社(明治安田生命)より保険証券を送付します。  
 ※契約日(ご加入日)は「意思確認用紙」の(加入希望日)をご確認ください。

## 3

## 意思確認用紙記入要領

## 記入例

茨城県市町村職員共済組合 御中

## 見本

本用紙にて、ご退職後の保障についての意向の確認をいたします（申込書ではありません）  
赤枠内の必須事項をご記入ください  
今後の環境変化等により取扱内容（販売休止を含む）を変更させていただく可能性があります

共済愛情保険 個人扱制度「意思確認用紙」

ステップ 1 加入意思がない場合は、ご記入は不要です

団体名 (フリガナ) 茨城県市町村職員共済組合  
加入希望日 令和6年8月1日  
記入日 2024年3月1日

ステップ 2 現在の加入内容をご確認ください

ステップ 3 ご退職後の保障内容をご確認ください

ステップ 4 商品ごとにご希望の内容をご選択ください  
※加入・継続の意思がない場合は、「申し込みません」等をご選択ください

① 氏名(漢字・フリガナ)・性別・生年月日をご記入ください。

② 住所・電話番号をご記入ください。  
※住所のフリガナは都道府県名(例:イバラキケン)からご記入ください。

③ 日付をご記入ください。

④ 現在の加入内容をご確認ください。

⑤ 個人扱保険の保障内容、保険料をご確認ください。

⑥ 加入予定のコースに○をご記入ください。  
なお、加入しない場合は申し込みませんに○をご記入ください。

本人	配偶者	保険金	保険料
本人	配偶者		
本人	配偶者		

本人	配偶者	200万円	400万円	***	***	***
本人	配偶者					
本人	配偶者					
本人	配偶者					

①保険金額を選択してください

本人  
200万円 400万円 申し込みません

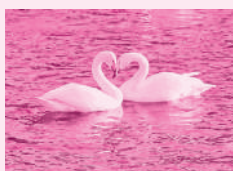
配偶者  
200万円 400万円 申し込みません

②保険料払込方法を選択してください

新年払 一括払(全期前納)

- ① 氏名(漢字・フリガナ)・性別・生年月日をご記入ください。
- ② 住所・電話番号をご記入ください。  
※住所のフリガナは都道府県名(例:イバラキケン)からご記入ください。
- ③ 日付をご記入ください。
- ④ 現在の加入内容をご確認ください。
- ⑤ 個人扱保険の保障内容、保険料をご確認ください。
- ⑥ 加入予定のコースに○をご記入ください。  
なお、加入しない場合は申し込みませんに○をご記入ください。

「意思確認用紙」は申込書ではありません。  
申込書は「意思確認用紙」を提出いただいた後、ご自宅に郵送いたします。



## 「積立年金保険」ご加入の方

**1** 受取り方法 ……12

**2** 提出書類 ……13

**3** 「積立年金保険」請求書記入要領 ……14

**4** 「積立年金保険」請求書詳細記入例 ……15

**5** 「積立年金保険」繰延早見表 ……16

**6** 個人番号(マイナンバー)申告書記入要領 ……17

1

# 受取り方法

1

## 年金受取り

- ①確定年金(5年重点型含む)                      受取り期間10年・15年・20年
- ②保証期間付終身年金(5年重点型含む)      受取り期間10年・15年

<年金受取りについて>

●満50歳未満で加入された方

保険料払込完了年齢(満60歳の年度末\*)に達したとき、または保険料払込期間が10年以上かつ満50歳以上で死亡以外の事由で当制度から脱退されたとき加入者に年金をお支払いします。

★年金の種類は、保険料の払込み期間が10年以上かつ満60歳以上で年金受給を開始する場合、①確定年金または②保証期間付終身年金の中から1種類選択することができます。

★満50歳以上満60歳未満で年金受給を開始する場合は、②保証期間付終身年金のみ即時受取りが可能です。(ただし満60歳まで据置(繰延)をすることにより①確定年金も選択できます)

●満50歳以上で加入された方

保険料払込完了年齢(満60歳の年度末\*)に達した時、または当制度から満50歳以上で死亡以外の事由で脱退されたとき、加入者に年金をお支払いいたします。年金の種類は①確定年金と②保証期間付終身年金のいずれも選択可能です。

<例1>確定年金で受取る場合    年金原資約1,000万円

種類および保証期間		年金月額			受取り総額	
定額型	10年	月額	約 8.7	万円	約1,000万円 + 年金受取りによる増加分	
	15年	月額	約 6.0	万円		
	20年	月額	約 4.6	万円		
5年重点型 (支払額二段階型)	10年	受取り開始から5年間	月額	約 11.5		万円
		6年目以降	月額	約 5.7		万円
	15年	受取り開始から5年間	月額	約 8.8		万円
		6年目以降	月額	約 4.4		万円
	20年	受取り開始から5年間	月額	約 7.3		万円
		6年目以降	月額	約 3.6		万円

満50歳以上で加入された方は、定額型は初年度年金月額が1万円未満、5年重点型(支払額二段階型)は初年度年金月額が2万円未満の場合は年金受取りができません。

<例2>

保証期間付終身年金で受取る場合  
年金原資約1,000万円(男性60歳開始の場合)

種類および保証期間	年金月額
10年保証期間付終身年金	月額 約 4.1 万円
15年保証期間付終身年金	月額 約 4.0 万円

給付額は現時点では確定しておらず、変動(増減)します。

給付額試算表の金額は、次の条件で計算していますが、実際にお支払する金額は変動(増減)することがあり、将来のお支払額をお約束するものではありません。

(1)年間保険料11,161万円を常に維持していること。

(2)加入者全員の保険料が毎月10日に入金されたものであること。

(3)給付額試算表の給付額は、予定利率(令和6年1月1日現在年1.25%)に基づき計算しています。

なお、基礎率(予定利率、予定死亡率、予定事業費率等)については、将来変更される場合があります。

記載の給付額試算表には、配当金を加算していません。毎年の配当金はそれぞれのお支払時期の前年度決算により決定しますので、現時点では確定していません。決算実績によってはお支払できない年度もあります。また、配当金が生じた場合には積立金の積増に充当されます。年度途中で脱退された場合は、その年の配当金がありません。

積立金(脱退一時金)は加入年数が短いと払込保険料の合計を下回ります。

2

## 一時金受取り

2

## 提出書類

1

### 「積立年金保険」請求書

※14ページ《3.「積立年金保険」請求書記入要領》を参照のうえ必要事項をご記入ください。

2

### 個人番号(マイナンバー)申告書、個人番号(マイナンバー)記載書類(※コピーをご提出)

一時金受取りで  
100万円を  
超える場合

もしくは

年金受取りで  
年間20万円を  
超える場合

については個人番号(マイナンバー)申告書の提出が必要です。

※17ページ「個人番号(マイナンバー)申告書記入要領」を参照のうえ必要事項をご記入ください。

個人番号(マイナンバー)記載書類については、以下のいずれかの書類をご準備いただきご提出ください。(詳細は17ページ参照)

- ①個人番号カード(裏面のコピー)
- ②通知カード(コピー)
- ③個人番号記載の住民票の写し



ご記入いただいた請求書類は、  
お勤めの「共済愛情保険」事務担当者様へ  
ご提出ください。

3

「積立年金保険」請求書記入要領

以下の①～④の箇所をご記入ください。

- 黒色のボールペン(消せるボールペンは不可)でご記入ください。
- 記入内容を訂正される場合は、二重線で抹消し、押印してください。(修正テープ・修正液不可)
- 契約者記入欄については受取人でもご記入いただけます。おわかりになる項目はご記入ください。

SI 抛出型企業年金保険給付金請求書(脱退一時金・年金用) (個人番号申告にかかる委任状)  
 明治安田生命保険相互会社 御中 DB 1007

下記の請求書提出いたしますので、保険契約協定書に基づく給付金をお支払いください。  
 記載事項に相違ないことを証明します。

**契約者記入欄**

団体番号 32-16037-011-0  
 補助コード 0000  
 加入者番号 0012345678  
 生年月日(西暦) 1962年10月10日  
 加入者名(カタカナ) ヤマタ タロウ  
 保険料払込最終月(西暦) 平準払 2024年03月 ポーナス払 年 月

契約者(代理人) 水戸市笠原町978-26 茨城県市町村会館5階  
 所在地(法人名) 茨城県市町村職員共済組合  
 理事 理事長職務執行者 木村 敏文

**受取人記入欄** 「必ずお読みください(1)」のく個人情報のお取扱い1、個人番号を除く個人情報のお取扱い>の内容に同意のうえ請求します。  
 ●100万円を超える一時金等を受け取る場合、加入者が年額20万円を超える年金を受け取る場合、ご遺族が年金を受け取る場合  
 受取人(委任者)は、契約者(代理人)(契約者から委託を受けた者がいる場合はその受託者)を代理人として定め、明治安田生命保険相互会社との保険取引に関する支払遺言作成事務に利用するために、当該代理人を通じて、受取人(委任者)の個人番号(マイナンバー)を明治安田生命保険相互会社に申告いたします。

氏名 フリガナ ヤマタ タロウ 区分  加入者本人  遺族  その他  
 漢字 山田 太郎  
 住所 市区町村 フリガナ トウキョウ ト シンジュク ク ニシンジュク  
 〒 1600023 東京 都 新宿 市 西新宿  
 丁目 番地 カナ 7-11-18 電話番号 090-1234-5678  
 本人以外の方が請求手続きを行なう場合のみ、ご記入ください。性別  男  女 生年月日(西暦) 年 月 日  
 親権者・後見人が請求手続きを行なう場合のみ、ご記入ください。親権者後見人 後見監督人氏名

**送金先口座** 金融機関名 新宿  銀行  農協  信金 本店名 東新宿  支店  出張所  営業部  
 金融機関コード 1234 本店コード(店番) 123 積金種目  普通・総合  当座 口座番号 7654321  
 口座名義人(カタカナ) ヤマタ タロウ

加入者住所 〒 ※加入者と受取人の住所が異なる場合のみご記入ください。

**ご請求事由**  中途退社  退職脱退  払込満了  死亡脱退 死亡日(西暦) 年 月 日

**受取方法**  全額一時金受取 ※こちらにチェックされた場合、右記への記入は不要です。  
 全額年金受取  
 年金繰延  繰延しない 年金開始年月(西暦) 年 月 日  
 年金種類 【年金で受取の場合】15ページの詳細記入例をご覧ください。  
 年金の型  支払額二段階型

※退職時一時積増、配偶者特別付年金のお取扱いはございません。

MY使用権 本人確認書類  あり  なし 戸籍簿本  あり  なし マイナンバー申告書  あり  なし マイナンバー確認書類  あり  なし  
 (保存年限10年) © 79929 23.04

- ① 生年月日、加入者名、保険料払込最終日をご記入ください。
- ② 受取人の氏名、区分、住所、電話番号をご記入ください。
- ③ 送金先口座についてご記入ください。
- ④ 受取方法についてご記入ください。  
 ※積立金額や年齢、加入期間等により年金受取を選択できない場合がございます。

4

## 「積立年金保険」請求書詳細記入例

年金受取を希望される場合、下記を参考にご記入ください。

### 1 年金繰延についてご選択ください。

※繰延を希望される方は16ページの繰延早見表より年金開始日をお選びください。

年金繰延	<input type="checkbox"/> 繰延しない	年金開始年月(西暦)
	<input checked="" type="checkbox"/> 繰延する →	2025年02月

### 2 年金種類、年金の型をご選択ください。 ※「逓増型」は選択できません

#### (1) 確定年金(10・15・20年)、定額型

※積立金を均等割して受給するコース

年金種類	<input checked="" type="checkbox"/> 確定年金 (受取期間を記入→) 10年
	<input type="checkbox"/> 保証期間付終身年金 年
年金の型	<input checked="" type="checkbox"/> 定額型
	<input type="checkbox"/> 逓増型 %
	<input type="checkbox"/> 支払額二段階型

#### (2) 終身年金(10・15年)、定額型

※積立金を均等割して受給するコース

年金種類	<input type="checkbox"/> 確定年金 年
	<input checked="" type="checkbox"/> 保証期間付終身年金 (保証期間を記入→) 10年
年金の型	<input checked="" type="checkbox"/> 定額型
	<input type="checkbox"/> 逓増型 %
	<input type="checkbox"/> 支払額二段階型

#### (3) 確定年金(10・15・20年)、5年重点型

※最初の5年間に多く受給するコース

年金種類	<input checked="" type="checkbox"/> 確定年金 (受取期間を記入→) 10年
	<input type="checkbox"/> 保証期間付終身年金 年
年金の型	<input type="checkbox"/> 定額型
	<input type="checkbox"/> 逓増型 %
	<input checked="" type="checkbox"/> 支払額二段階型

#### (4) 終身年金(10・15年)、5年重点型

※最初の5年間に多く受給するコース

年金種類	<input type="checkbox"/> 確定年金 年
	<input checked="" type="checkbox"/> 保証期間付終身年金 (保証期間を記入→) 10年
年金の型	<input type="checkbox"/> 定額型
	<input type="checkbox"/> 逓増型 %
	<input checked="" type="checkbox"/> 支払額二段階型

#### 【60歳未満で年金を選択される方へ】

- ★すぐに年金を受給する場合は「終身年金」コースとなります。
- ★「確定年金」コースを選択する場合は60歳以降の受給となるため原資は据置されます。「年金繰延」の欄に上記例のようにご記入ください。



## 「積立年金保険」繰延早見表

積立年金保険繰延早見表は、60歳未満で「確定年金」コースを選択した場合の直近の年金開始年月です。

生年月日	年金開始年月
～昭和 39年 5月 15日	繰越不要
昭和 39年 5月 16日～昭和 39年 8月 15日	2024年 8月
昭和 39年 8月 16日～昭和 39年 11月 15日	2024年 11月
昭和 39年 11月 16日～昭和 40年 2月 15日	2025年 2月
昭和 40年 2月 16日～昭和 40年 5月 15日	2025年 5月
昭和 40年 5月 16日～昭和 40年 8月 15日	2025年 8月
昭和 40年 8月 16日～昭和 40年 11月 15日	2025年 11月
昭和 40年 11月 16日～昭和 41年 2月 15日	2026年 2月
昭和 41年 2月 16日～昭和 41年 5月 15日	2026年 5月
昭和 41年 5月 16日～昭和 41年 8月 15日	2026年 8月
昭和 41年 8月 16日～昭和 41年 11月 15日	2026年 11月
昭和 41年 11月 16日～昭和 42年 2月 15日	2027年 2月
昭和 42年 2月 16日～昭和 42年 5月 15日	2027年 5月
昭和 42年 5月 16日～昭和 42年 8月 15日	2027年 8月
昭和 42年 8月 16日～昭和 42年 11月 15日	2027年 11月
昭和 42年 11月 16日～昭和 43年 2月 15日	2028年 2月
昭和 43年 2月 16日～昭和 43年 5月 15日	2028年 5月
昭和 43年 5月 16日～昭和 43年 8月 15日	2028年 8月
昭和 43年 8月 16日～昭和 43年 11月 15日	2028年 11月
昭和 43年 11月 16日～昭和 44年 2月 15日	2029年 2月
昭和 44年 2月 16日～昭和 44年 5月 15日	2029年 5月
昭和 44年 5月 16日～昭和 44年 8月 15日	2029年 8月
昭和 44年 8月 16日～昭和 44年 11月 15日	2029年 11月
昭和 44年 11月 16日～昭和 45年 2月 15日	2030年 2月
昭和 45年 2月 16日～昭和 45年 5月 15日	2030年 5月
昭和 45年 5月 16日～昭和 45年 8月 15日	2030年 8月
昭和 45年 8月 16日～昭和 45年 11月 15日	2030年 11月
昭和 45年 11月 16日～昭和 46年 2月 15日	2031年 2月
昭和 46年 2月 16日～昭和 46年 5月 15日	2031年 5月
昭和 46年 5月 16日～昭和 46年 8月 15日	2031年 8月
昭和 46年 8月 16日～昭和 46年 11月 15日	2031年 11月
昭和 46年 11月 16日～昭和 47年 2月 15日	2032年 2月
昭和 47年 2月 16日～昭和 47年 5月 15日	2032年 5月
昭和 47年 5月 16日～昭和 47年 8月 15日	2032年 8月
昭和 47年 8月 16日～昭和 47年 11月 15日	2032年 11月
昭和 47年 11月 16日～昭和 48年 2月 15日	2033年 2月
昭和 48年 2月 16日～昭和 48年 5月 15日	2033年 5月
昭和 48年 5月 16日～昭和 48年 8月 15日	2033年 8月
昭和 48年 8月 16日～昭和 48年 11月 15日	2033年 11月
昭和 48年 11月 16日～昭和 49年 2月 15日	2034年 2月
昭和 49年 2月 16日～昭和 49年 5月 15日	2034年 5月

6

## 個人番号(マイナンバー)申告書記入要領

以下の①～④をご記入のうえ、別紙《個人番号(マイナンバー)記載書類添付台紙》に④でご選択されたいずれかのコピーを貼り付けてください。(番号部分に個人番号保護シールを貼り付けてください)

SI

S 明治安田生命保険相互会社 御中

提出日 2024年 3月 1日

①

## 個人番号(マイナンバー) 申告書

明治安田生命保険相互会社(以下、保険会社)が保険取引に関する支払調書作成事務に利用するために、添付書類に記載されているとおり、個人番号(マイナンバー)を申告いたします。

なお、この個人番号(マイナンバー)申告書(添付書類等を含む)以下、申告書)を提出後、個人番号を保管する必要性がなくなった場合(支払調書作成対象外と判明した場合等)には、申告書は保険会社にて廃棄等の適切な処理をしていただくようお願いいたします。

① 団体番号(補助コード)・加入者番号・加入者氏名をご確認ください

団体番号	3 2 - 1 6 0 3 7 - 0 1 1 - 0	補助コード	0 0 0 0
加入者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8		
加入者氏名 (カタカナ)	ヤマタ ` タロウ		

② ご請求(脱退事由) (□にレ点を記入してください)

<input type="checkbox"/>	中途脱退	『退職脱退または払込満了』 の欄にレをつけてください。 以下③④⑤をご記入ください
<input checked="" type="checkbox"/>	退職脱退または払込満了	
<input type="checkbox"/>	死亡脱退	

③ 受取人の氏名・生年月日・住所をご記入ください

氏名 (自署)	フリガナ ヤマダ タロウ 山田 太郎	生年月日	大正 昭和 平成 令和	37 年 10 月 10 日
住所	〒 160-0023 東京	都 道 府 県	新宿区西新宿 7-11-18	

④ 受取人の個人番号(マイナンバー)の記載がある以下のいずれかのコピーを提出してください

「個人番号カード(裏面)」、「通知カード」のコピーを提出する場合は、「個人番号(マイナンバー)記載書類添付台紙」に貼り付けてください  
なお、番号部分には個人番号保護シールを貼り付けてください  
(□にレ点をご記入ください)

個人番号カード(裏面)  通知カード  個人番号記載住民票の写し

ご遺族(加入者)がご遺族(遺族年金、遺族一時金を受け取る場合)以下もご記入ください  
個人番号(マイナンバー)の記載があるいずれかの書類(コピー)に該当する欄にレをつけてください。

⑤ 死亡

## &lt;個人番号(マイナンバー)記載書類について&gt;

- 個人番号カード、通知カードのコピーをご提出の場合…  
コピーをご用意いただき、裏面の貼付位置にのりで貼り付けてください。
- 個人番号記載の住民票の写しをご提出の場合…  
のりで貼り付けせずに、そのまま添付してご提出ください。

※いずれの場合も個人番号(マイナンバー)が見えないように個人番号記載部分に(マイナンバー)「個人番号保護シール」を張り付けたうえでご提出ください。

## 退職後の問い合わせ先について

<p><b>退職後 保険料振替・配当金受け入れ口座 登録書をご提出された方</b></p>	<p><b>株式会社日本共同システム</b> (略称：NKS) <b>☎0120-129-128</b> (9：00～17：00)</p>
<p>保障内容を知りたい。</p>	
<p>保険金・給付金を請求したい。</p>	
<p>自動引き落とし口座を知りたい。</p>	
<p>引き落としされている保険料を確認したい。</p>	
<p>毎月引き落としされている口座を変更したい。</p>	
<p>住所・氏名・電話番号の変更をしたい。</p>	
<p>受取人を変更したい。</p>	
<p><b>リレー定期・退職後医療保険・ 退職後健康応援給付にご加入、 退職後継続給付を個人契約に移行加入された方</b></p>	<p><b>明治安田生命保険相互会社 コミュニケーションセンター</b> <b>☎0120-555-282</b> 9：00～17：00 (※除土日・祝日)</p>
<p>保障内容を知りたい。</p>	
<p>保険金・給付金を請求したい。</p>	
<p>自動引き落とし口座を知りたい。</p>	
<p>引き落としされている保険料を確認したい。</p>	
<p>引き落としされている口座を変更したい。</p>	
<p>住所・氏名・電話番号の変更をしたい。</p>	
<p>受取人を変更したい。</p>	

※ご退職前のご質問については下記にご照会ください。

明治安田生命保険相互会社 公法人第二部 法人営業第二部

☎03-5289-7145 受付時間：9：00～17：00（除土日・祝日・年末・年始）

## 注意事項

書類提出後に変更が生じた場合は、  
必ず下記お問い合わせ先までご連絡ください。

### お問い合わせ先

**明治安田生命保険相互会社**  
公法人第二部 法人営業第二部  
**☎03-5289-7145**  
9:00~17:00(除 土日・祝日・年末・年始)