書面手続用

# 生命保険契約照会制度
# ご利用の手引き

－　目　次　－


１．本制度について／本制度をご利用できる場合　・・・ 1

・ご参考：手続きの流れ　・・・ 2

２．必要書類

Ａ　亡くなった場合

A-1.法定相続人（配偶者、子など）　・・・ 4

・ご参考：提出する書類について　・・・ 8

・本人確認書類の例　・・・9～10

・任意代理人の資格を証明する書類の例　・・・10

・法定相続人であることが確認できる書類の例　・・・11～17

A-2.法定相続人の任意代理人（弁護士、司法書士、行政書士）　・・・ 18

A-3.法定相続人の法定代理人（成年後見人など）　・・・ 25

・法定代理権の確認書類（登記事項証明書等）　・・・ 26

A-4.遺言執行者　・・・ 27

A-5.遺言執行者の任意代理人（弁護士、司法書士、行政書士）　・・・ 27

Ｂ　認知症等で認知判断能力が低下した場合

B-6.成年後見人等　・・・ 28

B-7.任意後見人　・・・ 29

B-8.任意代理人（弁護士、司法書士、行政書士）　・・・ 30

・生命保険協会所定の診断書（様式３）について　・・・ 31

B-9.３親等以内親族　・・・ 32

B-10.３親等以内親族の任意代理人（弁護士、司法書士、行政書士）・・35

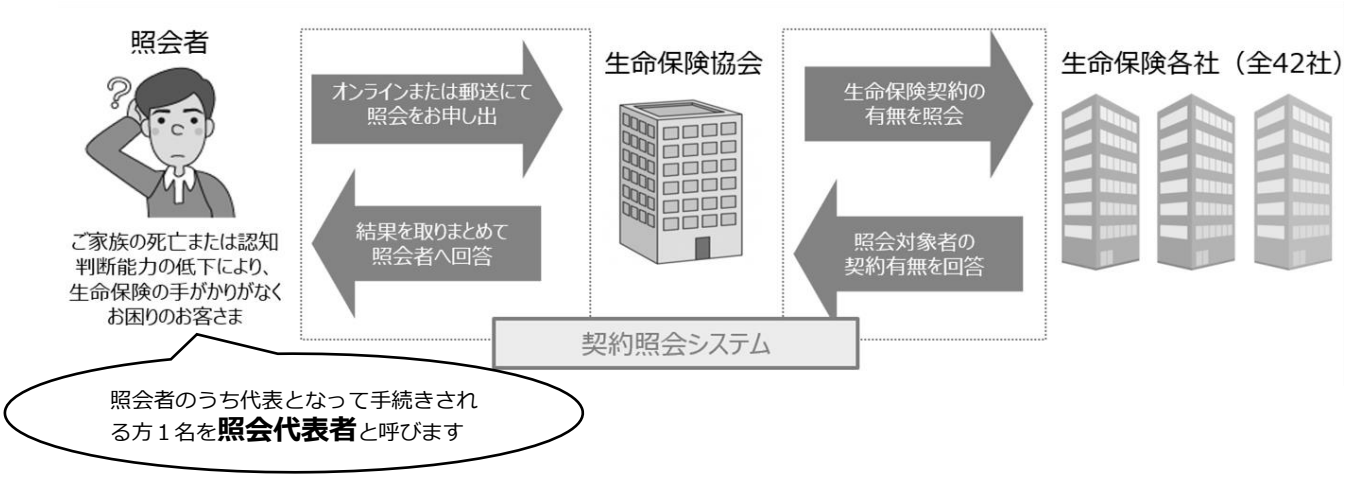
３．留意点　・・・ 37


一般社団法人
生命保険協会

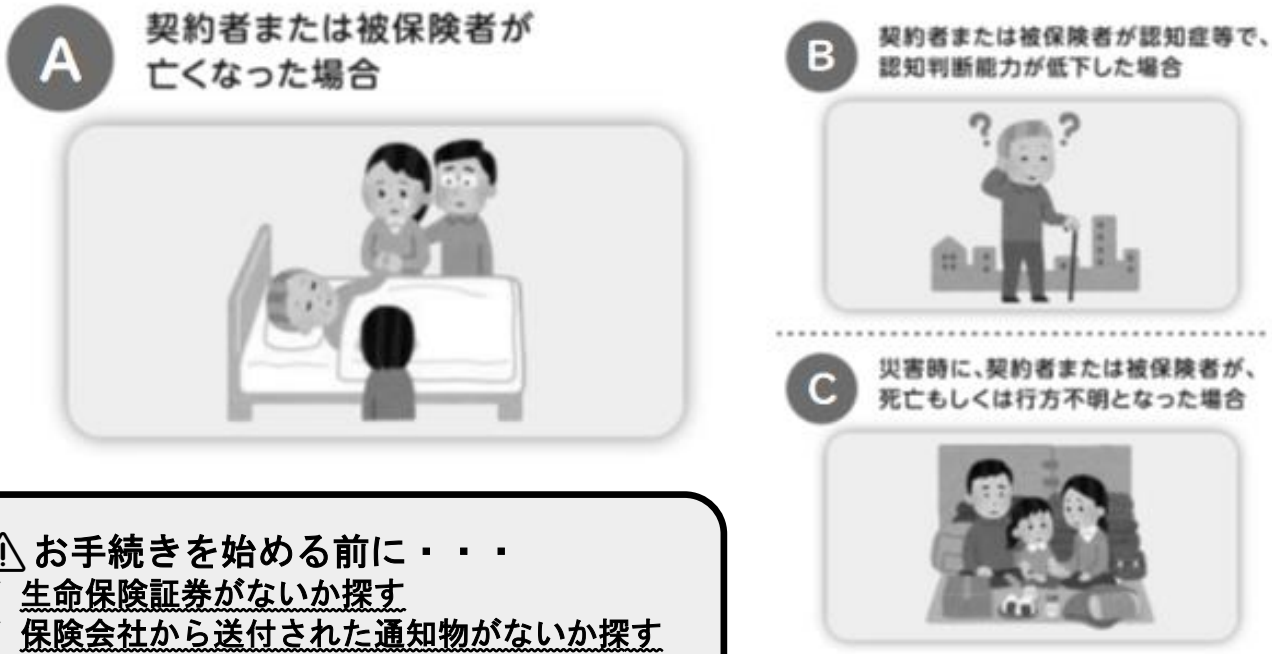
# １．本制度について／本制度をご利用できる場合

生命保険協会（以下、「協会」）では、生命保険各社における生命保険契約の有無を照会する「生命保険契約照会制度」を運営しています。

協会は、照会者から提供された個人情報を生命保険各社に伝え、<u>契約者または被保険者となっている生命保険契約の有無</u>を照会します。すべての生命保険各社から回答が出そろったら、協会が取りまとめて、照会者にご回答いたします。




本制度は、高齢者が独居のまま亡くなられる事案や認知症患者の増加等の現下の社会状況を踏まえ、親族等に照会結果の回答を行うことで保険金等の確実な支払を確保すること等を目的として実施しているものであり、以下のいずれかに該当している場合に利用が可能です。




**⚠お手続きを始める前に・・・**

- ✓ <u>生命保険証券がないか探す</u>
- ✓ <u>保険会社から送付された通知物がないか探す</u>
- ✓ <u>預金通帳で保険料の口座振替履歴を確認する</u>

個人情報保護法の趣旨のもと、照会者の範囲、必要な書類を厳格に定めていますので、公的書類等の提出が必要となります。まずは、ご家族で生命保険契約を調べ、本制度を利用する必要があるかどうかご検討ください。

## （ご参考）手続きの流れ

### 1 申請書・必要書類を郵送で提出

書類一式が準備できましたら、照会制度事務局あてに郵送でご提出ください。

#### 1～2 書類不備、入力内容不備の修正

- 書類一式を提出いただくと、協会では、記入漏れ・必要書類の添付漏れがないか、本制度を利用できる方からの申請であるか等の確認を行います。
- 確認した結果、本制度を利用できないことが判明した場合は、速やかにその旨をご連絡いたします（その場合も、協会は公的書類・診断書等の取得費用に対する責任を負いません。）。
- 不備等が見つかった場合にはご連絡いたします。指示に従い、記入内容の修正や不足書類の追加のうえ、関係する書類を再度ご提出いただきます。
- 不備が解消されるまでは次のステップに進むことができません。
- 本制度のご利用にあたって、協会に提出いただく戸籍全部事項証明書等の公的書類はすべて写し（コピー）をご提出ください。
- 生命保険契約が存在した場合、保険金等の請求のために原本が必要となる場合がありますが、個人情報保護の観点から、生命保険協会から生命保険各社には提供することができません。
- **提出された書類一式は返却いたしません。**お手元に控え（コピー）を保管ください。
- 申請書類の提出にあたって、返信用封筒の同封は不要です。

### 2 利用料（3,000 円）をコンビニで支払い

不備等がない場合は、受付完了のご連絡とあわせて、利用料のお支払い方法のご案内を簡易書留でお送りいたします。
なお、支払方法は、**コンビニエンスストア払いのみ**になります。
（※インターネットで照会手続きする場合は、クレジットカード支払いも可能です。）

**記載されている期日までに**、「書面様式１」にて指定されたコンビニエンスストアで利用料をお支払いください。（支払確認は協会で実施しますので、お支払いいただいた旨のご連絡は不要です。）

入金確認後に、協会より、生命保険会社へ調査依頼を実施します。
回答結果が出来るまで、**利用料のお支払いから14営業日（3週間程度）**要します。

### 3 照会結果の受取り

全ての生命保険会社から調査結果が出揃ったら、照会代表者あてに簡易書留で回答書をお送りいたします。照会者が複数いる場合は、すべての照会者の回答書をまとめてお送りします。
これで手続きは終了です。

## 💻 WEB 申請のご利用をお勧めします！

**WEB 申請では、必要書類をスマートフォンで撮影し、郵送せずに提出できるほか、利用料のお支払いにはクレジットカードを利用できます。**
**結果の回答も WEB で確認できます。**
**スムーズなお手続きのために、WEB 申請のご利用をお勧めします。**

生命保険協会のホームページにおいて、生命保険契約照会制度のページにアクセスし、「WEB 申請フォーム」をクリック。
「初めて利用される方はこちら（新規ユーザ登録）」よりご利用ください。

HOME ＞生命保険契約照会制度のご案内 ＞WEB 申請フォーム
https://www.seiho.or.jp/contact/inquiry/decease/

**迷惑メールの設定を行っている場合は、「@seiho.or.jp」のドメインからのメールを受信できるように、あらかじめメールの受信設定変更をお願いいたします。**

## ２．必要書類（照会手続きパターン別）

目次Ａ－１のパターン

【照会対象者】

**A** 契約者または被保険者が亡くなった場合

×

【照会者】

**亡くなった方の法定相続人（配偶者、子など）**

必要書類

■　書面様式１（「生命保険契約照会依頼　申請書　兼　同意書」）**照会代表者が記入**

■　書面様式２（「生命保険契約照会依頼　委任状　兼　同意書」）**他の照会者が記入**

※書面様式２は照会代表者のほかにも照会者がいる場合に必要。
照会者が照会代表者１名のみである場合は不要。

❶　照会代表者（法定相続人）の本人確認書類

❷　法定相続人であることが確認できる書類
（「法定相続情報一覧図」、または、照会対象者と照会者の関係を示す戸籍等※）
※照会者欄に「除籍」と記載されたものは不可

❸　照会対象者の死亡が確認できる書類
（死亡診断書など。❷で「法定相続情報一覧図」を提出する場合や、提出する戸籍において、照会対象者の欄に「死亡日」の記載がある場合は不要。）

※同一の照会対象者について複数の申請を行う場合、1件の申請ごとにHPから書類一式の取寄せが必要になります。1件の申請ごとに、必要書類を全てご提出ください。

■書面様式１の記入例　➡　５～６頁
■書面様式２の記入例　➡　７頁
❶の提出例　➡　９頁
❷の提出例　➡　１１～１７頁

## 書面様式１

代表して照会手続きを行い、申請書・必要書類の提出や、協会からの連絡への対応、回答の受取り等を行う方（照会代表者）が提出する申請書です。

＜記入例＞「対象者が死亡」の場合

左側

生命保険契約照会制度事務局　御中

書面様式１

**生命保険契約照会依頼 申請書 兼 同意書**
**＜照会代表者用＞**

**実際に照会手続を行う方の**
住所・氏名・生年月日等を記入

**◆照会代表者情報**

| | | |
|---|---|---|
| 記入日 | | 2023年　10月　1日 |
| 照会代表者 | 住　所 | 〒100－0005<br>東京都千代田区丸の内Ｘ－Ｘ－Ｘ<br>日中連絡先（03）3286－ＸＸＸＸ<br>※照会代表者ご本人と連絡がとれる番号をご記入ください。 |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｾｲﾎｳ　ｲﾁﾛｳ |
| | 氏　名 | 生保　一郎 |
| | 生年月日 | 西暦　ＸＸＸＸ年　ＸＸ月　ＸＸ　日 |
| | 照会対象者からみての続柄<br>（右記いずれかに○をつけてください） | 配偶者　・　(子)　・　親　・　孫　・　兄弟姉妹<br>おじおば　・　甥姪　・　その他（　　） |
| | お支払い方法（コンビニ払い）<br>（右記いずれかに○をつけてください） | セブンイレブン　・　ファミリーマート<br>(ローソン)　・　ミニストップ<br>セイコーマート |

☑ **下記同意事項すべてに同意のうえ、生命保険契約照会制度を利用します。**

↑↑同意の上、本制度を利用される場合は、こちらにチェック✔を入れてください。
（✔がない場合は同意いただけなかったものとして「利用申請不可」とさせていただきます）

**◆生命保険契約照会制度利用に関する同意事項**

①私は、生命保険契約照会制度利用規約の内容を確認し、同規約に基づき生命保険契約照会制度を利用します。
②私は、生命保険協会（以下、「貴会」といいます。）が取得した私および照会対象者に関する個人情報を貴会の加盟生命保険会社（以下、「会員会社」といいます。）に提供することに同意します。
③私は、会員会社が私および照会対象者に関する個人情報を貴会に提供することに同意します。
④私は、照会代表者として、私のほか、他の照会者にかかる生命保険契約の有無を同時に照会した場合に、貴会からすべての照会者についての照会結果を受領することに同意します。
⑤私は、照会のために貴会が提出を求めた必要書類および医師の診断書等を自己の負担で取得し、貴会に提出します。
⑥私は、暴力団、暴力団員（暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者を含みます。）、暴力団準構成員、暴力団関係企業その他反社会的勢力（以下、「反社会的勢力」といいます。）に該当しないこと、および反社会的勢力と関係を有してい

「同意事項」①～⑥に同意する場合のみ☑

## 書面様式１

＜記入例＞「対象者が死亡」の場合

右側

**照会対象者の**
住所・氏名・生年月日等を記入

2023/10/10

下記対象者に関する生命保険契約有無の照会を依頼します。

**◆照会対象者**

**※現姓と旧姓および現住所と旧住所を同時に照会することはできませんので、いずれかを選択の上、手続きを行ってください。**

| | | |
|---|---|---|
| 照会対象者 | 住　所 | 〒330－9999<br>埼玉県さいたま市大宮区Ｘ－Ｘ－Ｘ |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｾｲﾎｳ　ﾀﾛｳ |
| | 氏　名 | 生保　太郎 |
| | 生年月日 | 西暦　ＸＸＸＸ　年　ＸＸ　月　ＸＸ日 |
| | 性　別 | (男性)　女性 |

「対象者が死亡したため」に☑をして、「死亡日」を記入
※それより下は記入不要

＜照会事由＞（下記いずれかに✔を記載してください）

| | | |
|---|---|---|
| ☑ 対象者が死亡したため | 死亡日 | ＸＸＸＸ年　ＸＸ月　ＸＸ日 |

☐ 対象者の認知判断能力が低下したため　（以下の**【確認事項】**をご確認ください）

**【確認事項】**

上記で「認知判断能力が低下したため」を選択した方のみ下記３項目にご回答ください。
（☐にチェック☑を入れてください）
※以下に該当等しない場合、本制度を利用することができませんのでご確認ください。

**１．緊急の資金の必要性**

照会対象者の入院や手術等にかかる費用の支払いや所定の身体状態に伴う出費が必要など緊急の資金の必要性がある

☐　該当する
☐　該当しない（本制度利用不可）

**２．法定代理人等の有無**

照会対象者に法定代理人（成年後見制度利用）あるいは任意代理人（任意後見制度利用）が存在する場合、代理人以外は本制度を利用することができません。

☐　照会対象者には、法定代理人または任意代理人のいずれも存在しない
　⇒３親等以内親族からの照会が可能です

☐　照会者は、法定代理人または任意代理人である
　⇒登記事項証明書の提出が必要です

☐　照会者は、照会対象者から健常時に委任を受けた弁護士等である
　⇒委任状の提出が必要です

☐　法定代理人または任意代理人は、ほかに存在する
　⇒ 代理権者から照会いただくようお願いいたします（本制度利用不可）

**３．保険会社への問合せ・請求および財産管理の意思**

○照会対象者を保険契約者または被保険者とする保険契約が存在した場合、適宜、より高順位の推定相続人（照会対象者の配偶者・子）とも情報を共有した上で、当該会員会社に対して、問合せおよび契約内容の確認を行う意思がある。
○生命保険協会からの回答の結果、請求を行うことが可能な保険契約が存在した場合には、照会対象者のために請求を行うほか、それ以外の保険契約についても照会対象者の財産として適切に管理する意思がある。

☐　すべて該当する
↑ここに✔の記載がない場合、本制度をご利用することができません。

## 書面様式２

○照会者が照会代表者１名である場合は、書面様式２の提出は不要です。
○照会代表者以外に、照会者（法定相続人に限る。）がいる場合には、
書面様式２を照会者ごとに提出する必要があります。
契約の有無の回答は、照会者全員同じであり、死亡保険金請求権の有無の回答のみが異なります。照会代表者（法定相続人１名）だけでも、契約の有無は確認可能です。

＜記入例＞

2023/10/10

書面様式２

生命保険照会制度事務局　御中

### 生命保険契約照会依頼 委任状 兼 同意書
### ＜照会代表者以外＞

生保一郎がひとりで生保太郎を調べる場合は不要。
生保一郎と花子の２人で生保太郎について調べる場合は、生保花子が書面様式２を提出。
契約有無の回答は、生保一郎も花子も同じ。

**◆照会者情報**

| | | |
|---|---|---|
| 記入日 | | 2023年 10月 1日 |
| 照会者 | 住 所 | 〒260－9999<br>千葉県千葉市X－X－X |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｾｲﾎ　ﾊﾅｺ |
| | 氏 名 | 生保 花子 |
| | 生年月日 | 西暦 XXXX 年 XX月 X日 |
| 照会対象者 | 照会対象者からみて上記照会者は<br>（右記いずれかに○をしてください） | 配偶者 ・ (子) ・ 親 ・ 孫 ・ 兄弟姉妹<br>おじおば ・ 甥姪 ・ その他（　　） |
| | 照会対象者 | 生保 太郎 |

**◆照会代表者委任・生命保険契約照会制度利用に関する同意**

生命保険契約照会にあたり、下記の者を照会代表者と定め、生命保険契約照会に掛かる一切の権限（回答の受領を含む）を、委任することを申請します。
また、下記同意事項に同意のうえ、生命保険契約照会制度を利用します。

**書面様式１に記載した照会代表者の**氏名を記入

＜委任する照会代表者＞

| | |
|---|---|
| 氏 名 | 生保 一郎 |

生命保険契約照会制度利用に関する同意事項

①私は、生命保険契約照会制度利用規約の内容を確認し、同規約に基づき生命保険契約照会制度を利用します。
②私は、生命保険協会（以下、「貴会」といいます。）が取得した私および照会対象者に関する個人情報を貴会の加盟生命保険会社（以下、「会員会社」といいます。）に提供することに同意します。
③私は、会員会社が私および照会対象者に関する個人情報を貴会に提供することに同意します。
④私は、照会代表者が、私のほか、他の照会者にかかる生命保険契約の有無を同時に照会した場合に、貴会が、照会代表者に対して、すべての照会者についての照会結果を回答することに同意します。
⑤私は、照会のために貴会が提出を求めた必要書類および医師の診断書等を自己の負担で取得し、貴会に提出します。
⑥暴力団、暴力団員（暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者を含みます。）、暴力団準構成員、暴力団関係企業その他反社会的勢力（以下、「反社会的勢力」といいます。）に該当しないこと、および反社会的勢力と関係を有していないこと

「同意事項」①～⑥に同意する場合のみ照会者情報欄に必要事項を記入し提出

## （ご参考）提出する様式について

**本制度のご利用に際しては、当会所定の申請書類に必要事項を記入のうえご提出いただく必要があります。申請書には書面様式１、書面様式２の２種類があります（ＷＥＢ申請の場合は、様式１は不要です。）**

■書面様式１、２の組み合わせ（例）

| |
|---|
| 死亡した親の生命保険を、子（Ａ）が単独で調べたい場合<br>Ａ＝照会代表者 |
| Ａが提出する書類　：書面様式１ |
| 死亡した親の生命保険を、兄弟３名（Ａ、Ｂ、Ｃ）で調べたい場合<br>兄弟を代表して実際に手続きを行う者Ａ＝照会代表者 |
| Ａが提出する書類　：書面様式１<br>Ｂ、Ｃが提出する書類　：書面様式２ |
| 死亡した親の生命保険を、弁護士（Ｘ）を通じて、兄弟３名（Ａ、Ｂ、Ｃ）で調べたい場合<br>実際に手続きを行う者Ｘ（弁護士）＝照会代表者 |
| Ｘが提出する書類　：書面様式１<br>＜照会代表者欄の記入例＞　Ａ、Ｂ、Ｃ　代理人弁護士　甲野 三郎<br>Ａ、Ｂ、Ｃが提出する書類：書面様式２ |

- 本制度のご利用にあたって、生命保険協会に提出いただく戸籍全部事項証明書等の公的書類はすべて写し（コピー）をご提出ください。
  生命保険契約が存在した場合、保険金等の請求のために原本が必要となる場合がありますが、個人情報保護の観点から、生命保険協会から生命保険各社には提供することができません。

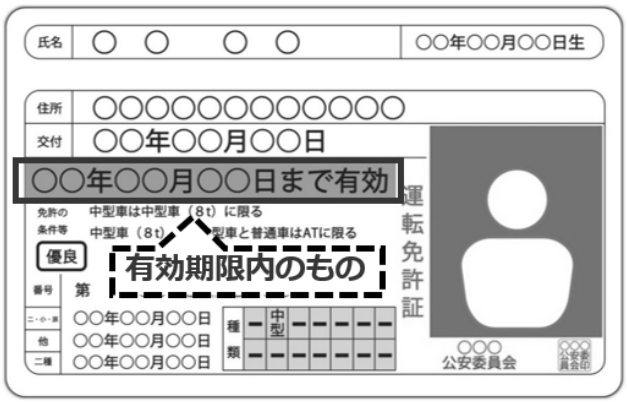
- **提出された書類一式は返却いたしません**。お手元に控え（コピー）を保管ください。

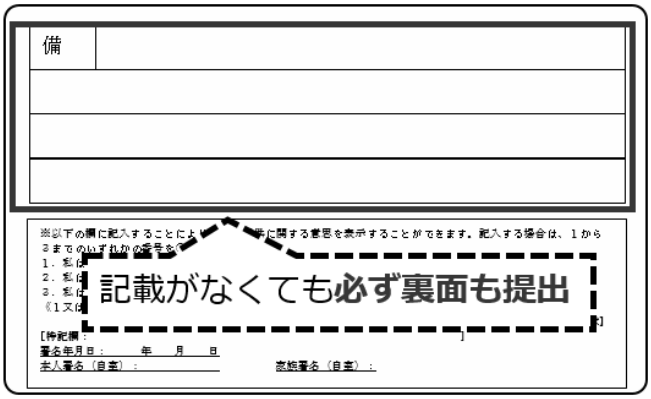
- 申請書類の提出にあたって、返信用封筒の同封は不要です。

- 文字が判読可能な鮮明なもののご提出をお願いいたします。

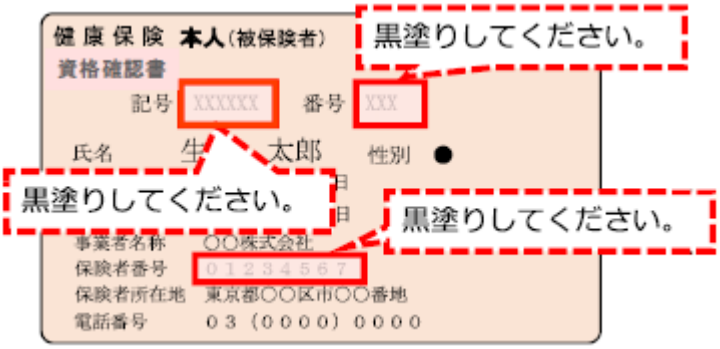
## ❶本人確認書類の例

・運転免許証、運転経歴証明書




・資格確認書、健康保険証※（裏面に住所欄がある場合は、現住所を記載の上、裏面もご送付ください。現住所の記載がないものは不備となります。）
※２０２５年１２月２日以降は不可




・マイナンバーカード

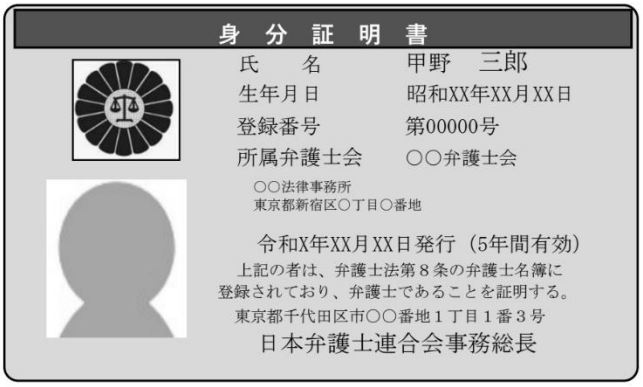
・住民票（証明日から３か月以内のもの）
※本籍の記載がある場合は、その部分を黒塗りしてご提出ください。

・印鑑登録証明書（証明日から３か月以内のもの）

## ❷任意代理人の資格を証明する書類の例

代理人が弁護士、司法書士、行政書士の場合

・弁護士の身分証明書




代理人・遺言執行者が法人（弁護士法人、司法書士法人、行政書士法人など）の場合

・法人の登記事項証明書（証明日から３か月以内のもの）

※法人代表者（照会代表者となる方）の本人確認書類（９頁記載の中から１点）もご提出ください。

## ❸法定相続人であることが確認できる書類の例

・「法定相続情報一覧図」

※法務局で認証を受けたものであり、「相続案内図」や「相続関係図」とは異なります。

※「法定相続情報一覧図」を今後作成・認証予定の場合は、できるだけ認証後に本制度を利用されることをお勧めします。

「法定相続情報一覧図」の場合は、本籍の黒塗りは不要です。

＜提出例＞

被相続人生保太郎法定相続情報

最後の住所　〇県〇市〇町〇番地
出生　昭和xx年xx月xx日
死亡　令和x年xx月xx日
（被相続人）
生保　太郎

住所　〇県〇市〇町三丁目４番地１号
出生　昭和xx年xx月xx日
（配偶者）
生保　丸子

以下余白

住所　東京都〇市〇町二丁目２番地１号
出生　昭和xx年xx月xx日
（子）
生保　一郎（申出人）

住所　千葉県〇市〇町四丁目３５番地１号
出生　昭和xx年xx月xx日
（子）
生保　花子

住所　〇県〇市〇町三丁目４番地１号
出生　昭和xx年xx月xx日
（子）
生保　次郎

作成日：令和〇年〇月〇日
作成者：〇〇〇士　〇〇　〇〇
（住所：〇市〇町〇番地）

これは、令和〇年〇月〇日に申出のあった当局保管に係る法定相続情報一覧図の写しである。

令和〇年〇月〇日

〇〇法務局〇〇出張所　　登記官　〇〇　〇〇　印

・「照会対象者と照会者（法定相続人）の関係を示す戸籍等」

| 照会者 | 例 |
|---|---|
| 配偶者<br>子 | 照会者　➡現在の戸籍全部事項証明書　※死亡日以降に発行されたもの<br>※照会者欄に「除籍」と記載されたものは不可<br>照会対象者　➡除籍全部事項証明書　※死亡日の記載のあるもの |
| 孫 | 照会者　➡現在の戸籍全部事項証明書　※死亡日以降に発行されたもの<br>※照会者欄に「除籍」と記載されたものは不可<br>照会対象者　➡除籍全部事項証明書　※死亡日の記載のあるもの<br>照会対象者の子　➡除籍全部事項証明書　※子の死亡日の記載のあるもの |
| 親 | 照会者　➡現在の戸籍全部事項証明書　※死亡日以降に発行されたもの<br>※照会者欄に「除籍」と記載されたものは不可<br>照会対象者　➡改製原戸籍、除籍全部事項証明書、戸籍全部事項証明書<br>※出生～死亡まですべて<br>【照会対象者に子がいる場合】<br>照会対象者の子　➡除籍全部事項証明書　※子の死亡日の記載のあるもの。 |
| 兄弟<br>姉妹 | 照会者　➡現在の戸籍全部事項証明書　※死亡日以降に発行されたもの<br>※照会者欄に「除籍」と記載されたものは不可<br>照会対象者　➡改製原戸籍、除籍全部事項証明書、戸籍全部事項証明書<br>※出生～死亡まですべて<br>照会対象者の両親　➡除籍全部事項証明書　※両親の死亡日の記載のあるもの<br>【照会対象者に子がいる場合】<br>照会対象者の子　➡除籍全部事項証明書　※子の死亡日の記載のあるもの。 |
| 甥<br>姪 | 照会者　➡現在の戸籍全部事項証明書　※死亡日以降に発行されたもの<br>※照会者欄に「除籍」と記載されたものは不可<br>照会対象者　➡改製原戸籍、除籍全部事項証明書、戸籍全部事項証明書<br>※出生～死亡まですべて<br>照会対象者の両親　➡除籍全部事項証明書　※両親の死亡日の記載のあるもの<br>照会対象者の兄弟姉妹　➡除籍全部事項証明書　※兄弟姉妹の死亡日の記載のあるもの<br>【照会対象者に子がいる場合】<br>照会対象者の子　➡除籍全部事項証明書　※子の死亡日の記載のあるもの。 |

・戸籍全部事項証明書（１／２）

本籍・従前戸籍・新本籍等を黒塗りしてください。

＜提出例＞

（2の1）　全部事項証明

全ページ提出する

| | |
|---|---|
| 本　　籍<br>氏　　名 | [redacted]<br>生保　太郎　黒塗りする |
| 戸籍事項<br>戸籍改製 | 【改製日】平成７年４月１日<br>【改製事由】平成６年法務省令５１号附則第２条第１項による改製 |
| 戸籍に記録されている者 | 【名】　太郎<br>【生年月日】昭和４９年１１月１日　　【配偶者区分】夫<br>【父】生命一<br>【母】生命保子<br>【続柄】長男<br>【養父】生保東三<br>【養母】生保千代<br>【続柄】養子 |
| 身分事項<br>出　生 | 【出生日】昭和４９年１１月１日<br>【出生地】大阪府大阪市<br>【届出日】昭和４９年１１月５日<br>【届出人】父 |
| 養子縁組 | 【縁組日】昭和５８年７月１５日<br>【養父氏名】生保東三<br>【養母氏名】生保千代　黒塗りする<br>【代諾者】親権者父<br>【従前戸籍】[redacted]生命一 |
| 婚姻 | 【婚姻日】平成１２年７月１日<br>【配偶者氏名】丸内丸子　黒塗りする<br>【従前戸籍】[redacted]生保東三 |

発行番号　0123456　　以下次頁

・戸籍全部事項証明書（２／２）

＜提出例＞

（２の２）　全部事項証明

全ページ提出する

| | |
|---|---|
| 戸籍に記録されている者 | 【名】　丸子<br>【生年月日】昭和５２年７月１７日　【配偶者区分】妻<br>【父】丸内道夫<br>【母】丸内松子<br>【続柄】二女 |
| 身分事項<br>出　生 | 【出生日】昭和５２年７月１７日<br>【出生地】北海道札幌市<br>【届出日】昭和５２年７月１８日<br>【届出人】父 |
| 婚姻 | 【婚姻日】平成１２年７月１日<br>【配偶者氏名】生保太郎<br>【従前戸籍】[redacted]丸内道夫 |
| 戸籍に記録されている者<br>除　籍 | 【名】　花子<br>【生年月日】平成１４年２月２２日<br>【父】生保太郎<br>【母】生保丸子<br>【続柄】長女 |
| 身分事項<br>出　生 | 【出生日】平成１４年２月２２日<br>【出生地】東京都千代田区<br>【届出日】平成１４年２月２５日<br>【届出人】父 |
| 婚姻 | 【婚姻日】令和３年７月２３日<br>【配偶者氏名】千葉武志<br>【送付を受け付けた日】<br>【受理者】千葉県千葉市長<br>【新本籍】[redacted]<br>【称する氏】夫の氏 |

黒塗りする

黒塗りする

発行番号　0123456

これは、戸籍に記録されている事項の全部を証明した書面である。

令和６年１２月１日

千代田区長　〇〇〇〇　印

・<u>除籍</u>全部事項証明書（１／２）

本籍・従前戸籍・新本籍等を黒塗りしてください。

＜提出例＞

| 除　籍 | （２の１） 全部事項証明 |
|---|---|
| 本　籍 | [redacted] 全ページ提出する |
| 氏　名 | 生保　太郎　黒塗りする |
| 戸籍事項<br>戸籍改製 | 【改製日】平成７年４月１日<br>【改製事由】平成６年法務省令５１号附則第２条第１項による改製<br>【消除日】令和４年４月６日 |
| 戸籍に記録されている者<br>除　籍 | 【名】太郎<br>【生年月日】昭和４９年１１月１日　【配偶者区分】夫<br>【父】生命一<br>【母】生命保子<br>【続柄】長男<br>【養父】生保東三<br>【養母】生保千代<br>【続柄】養子 |
| 身分事項<br>出　生 | 【出生日】昭和４９年１１月１日<br>【出生地】大阪府大阪市<br>【届出日】昭和４９年１１月５日<br>【届出人】父 |
| 養子縁組 | 【縁組日】昭和５８年７月１５日<br>【養父氏名】生保東三<br>【養母氏名】生保千代　黒塗りする<br>【代諾者】親権者父<br>【従前戸籍】[redacted] 生命一 |
| 婚姻 | 【婚姻日】平成１２年７月１日<br>【配偶者氏名】丸内丸子<br>【従前戸籍】[redacted] 生保東三 |

発行番号　0123456　　以下次頁

黒塗りする

・除籍全部事項証明書（２／２）

＜提出例＞

（２の２）　全部事項証明

全ページ提出する

| | |
|---|---|
| 死亡 | 【死亡日】令和４年４月５日<br>【死亡時分】午後１１時１１分<br>【死亡地】東京都千代田区<br>【届出日】令和４年４月６日<br>【届出人】親族　○○○○ |
| 戸籍に記録されている者<br>除　籍 | 【名】花子<br>【生年月日】平成１４年２月２２日<br>【父】生保太郎<br>【母】生保丸子<br>【続柄】長女 |
| 身分事項<br>出　生 | 【出生日】平成１４年２月２２日<br>【出生地】東京都千代田区<br>【届出日】平成１４年２月２５日<br>【届出人】父 |
| 婚姻 | 【婚姻日】令和３年７月２３日<br>【配偶者氏名】千葉武志<br>【送付を受け付けた日】<br>【受理者】千葉県千葉市長<br>【新本籍】[redacted]<br>【称する氏】夫の氏 |
| | 以下余白 |

黒塗りする

発行番号　0123456

これは、戸籍に記録されている事項の全部を証明した書面である。

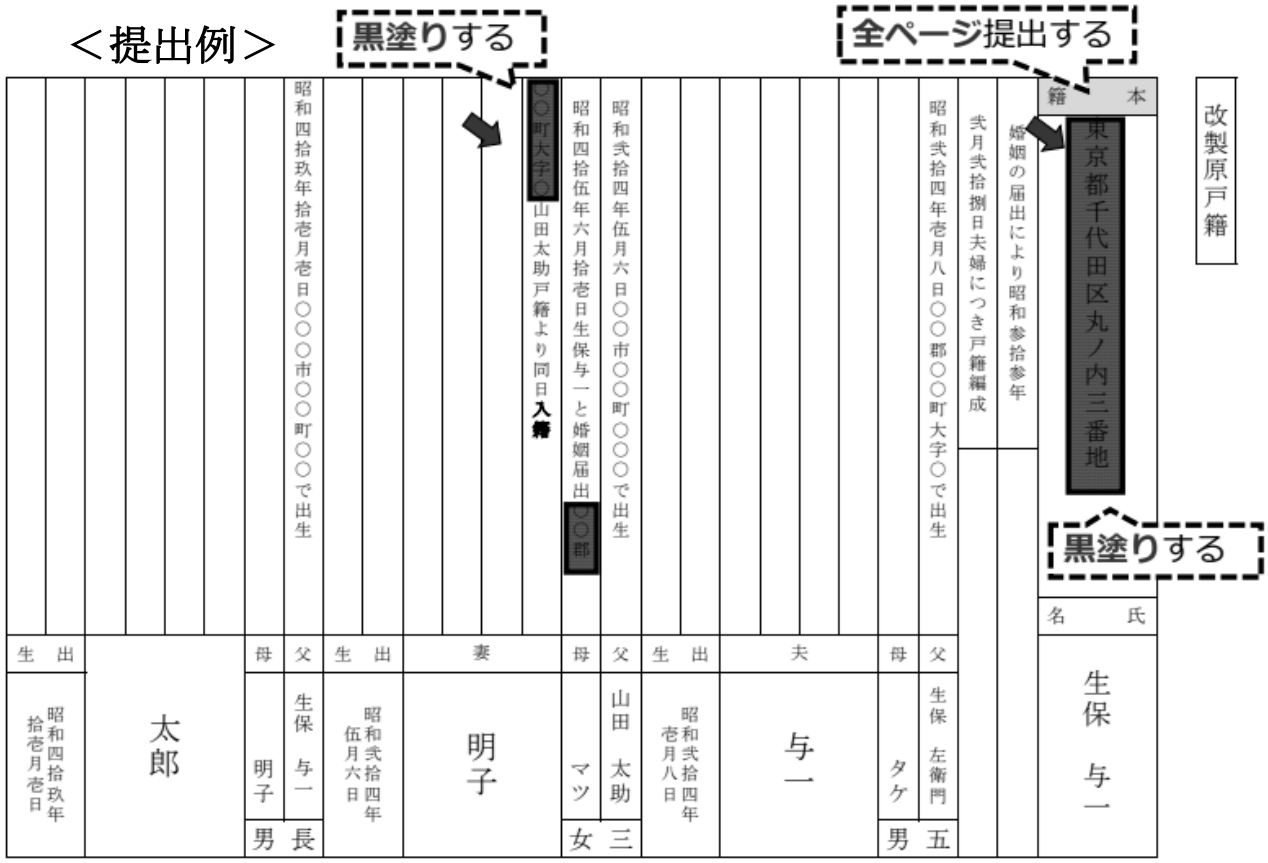
令和６年１２月１日

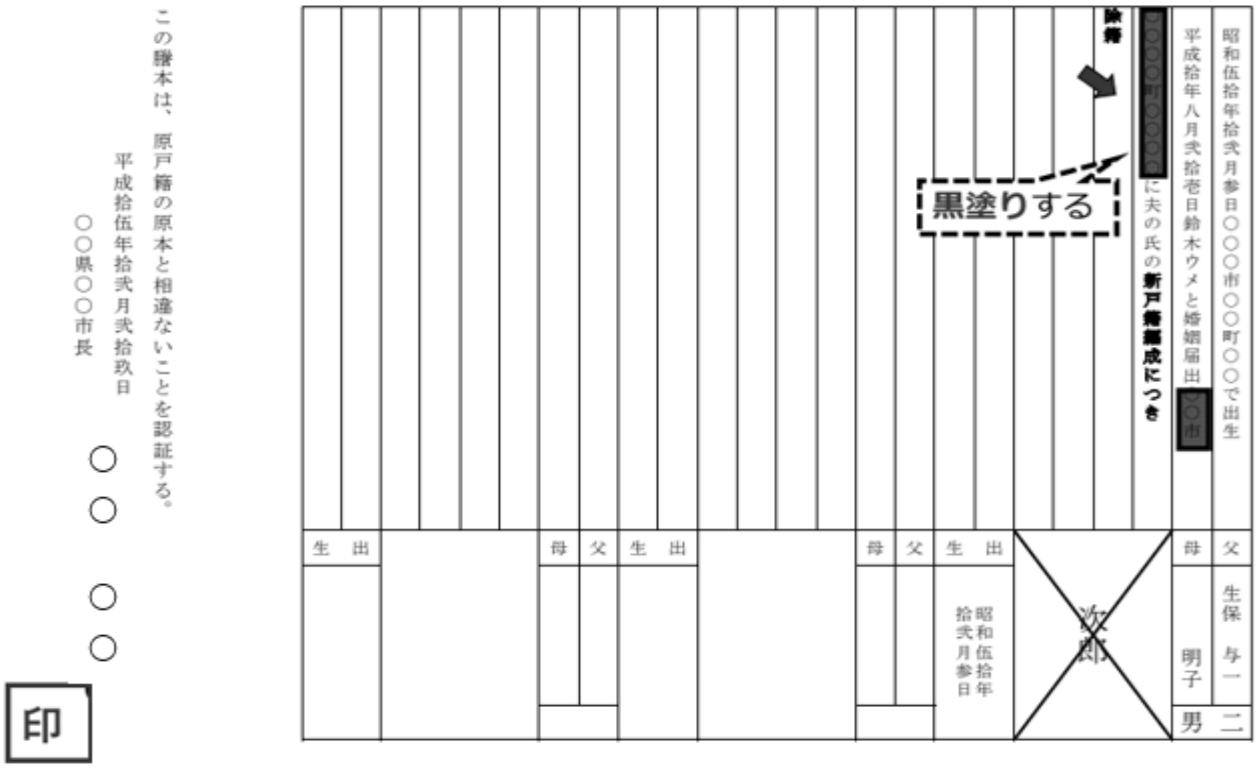
千代田区長　○○○○　印

・改製原戸籍

本籍・従前戸籍・新本籍等を黒塗りしてください。

※提出例はわかりやすいように薄く黒塗りしていますが、実際には見えないように黒塗りしてください。



## 目次Ａ－２のパターン

**【照会対象者】**

**A　契約者または被保険者が亡くなった場合**

×

**【照会者】**

**亡くなった方の法定相続人の任意代理人（弁護士、司法書士、行政書士）**

必要書類

■書面様式１（「生命保険契約照会依頼　申請書　兼　同意書」）任意代理人が記入

■書面様式２（「生命保険契約照会依頼　委任状　兼　同意書」）法定相続人が記入

❶　照会代表者（任意代理人）の本人確認書類

❷　任意代理人の資格を証明する書類

❸　法定相続人であることが確認できる書類
（「法定相続情報一覧図」、または、照会対象者と照会者（法定相続人）の関係を示す戸籍等※）
※照会者欄に「除籍」と記載されたものは不可

❹　照会対象者の死亡が確認できる書類
（死亡診断書など。❸で「法定相続情報一覧図」を提出する場合や、提出する戸籍において、照会対象者の欄に「死亡日」の記載がある場合は不要。）

※同一の照会対象者について複数の申請を行う場合、1件の申請ごとに HP から書類一式の取寄せが必要になります。1件の申請ごとに、必要書類を全てご提出ください。

※任意代理人は、対象者の財産管理を適切に行うために生命保険契約の有無を照会するにふさわしいと本会が認めた者として、弁護士、司法書士、行政書士に限ります。

■書面様式１の記入例　➡　１９～２０頁（個人受任）、２１～２２頁（法人受任）
■書面様式２の記入例　➡　２３頁（個人受任）、２４頁（法人受任）
❶の提出例　➡　９頁
❷の提出例　➡　１０頁
❸の提出例　➡　１１～１７頁

書面様式１

＜記入例＞　※代理人が手続きする場合（個人受任）

左側

生命保険契約照会制度事務局　御中

書面様式１

**生命保険契約照会依頼 申請書 兼 同意書**
**＜照会代表者用＞**

**代理人の**住所･氏名等を記入
（例）生保一郎　代理人弁護士　甲野三郎
　　生保一郎　成年後見人　　甲野三郎
　　生保一郎　遺言執行者　　甲野三郎

**◆照会代表者情報**

| | | |
|---|---|---|
| 記入日 | | 2023年　10月　1日 |
| 照会代表者 | 住　所 | 〒108－0073<br>東京都港区三田X－X－X 5階　○○法律事務所<br>日中連絡先（03）0000－XXXX<br>※照会代表者ご本人と連絡がとれる番号をご記入ください。 |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｾｲﾎ　ｲﾁﾛｳ　　ｺｳﾉ　ｻﾌﾞﾛｳ |
| | 氏　名 | 生保　一郎　代理人弁護士　甲野　三郎 |
| | 生年月日 | 西暦　XXXX年　XX月　XX　日 |
| | 照会対象者からみての続柄<br>（右記いずれかに○をつけてください） | 配偶者　・　子　・　親　・　孫　・　兄弟姉妹<br>おじおば　・　甥姪　　その他（ 任意代理人 ） |
| | お支払い方法（コンビニ払い）<br>（右記いずれかに○をつけてください） | セブンイレブン　・　ファミリーマート<br>ローソン　・　ミニストップ<br>セイコーマート |

**代理人の**生年月日を記載

☑ **下記同意事項すべてに同意のうえ、生命保険契約照会制度を利用します。**

↑↑同意の上、本制度を利用される場合は、こちらにチェック✔を入れてください。
（✔がない場合は同意いただけなかったものとして「利用申請不可」とさせていただきます）

**◆生命保険契約照会制度利用に関する同意事項**

①私は、生命保険契約照会制度利用規約の内容を確認し、同規約に基づき生命保険契約照会制度を利用します。
②私は、生命保険協会（以下、「貴会」といいます。）が取得した私および照会対象者に関する個人情報を貴会の加盟生命保険会社（以下、「会員会社」といいます。）に提供することに同意します。
③私は、会員会社が私および照会対象者に関する個人情報を貴会に提供することに同意します。
④私は、照会代表者として、私のほか、他の照会者にかかる生命保険契約の有無を同時に照会した場合に、貴会からすべての照会者についての照会結果を受領することに同意します。
⑤私は、照会のために貴会が提出を求めた必要書類および医師の診断書等を自己の負担で取得し、貴会に提出します。
⑥私は、暴力団、暴力団員（暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者を含みます。）、暴力団準構成員、暴力団関係企業その他反社会的勢力（以下、「反社会的勢力」といいます。）に該当しないこと、および反社会的勢力と関係を有していないことを誓約します。

「同意事項」①～⑥に同意する場合のみ☑

書面様式１

＜記入例＞　※代理人が手続きする場合（個人受任）

右側

**照会対象者の**
住所・氏名・生年月日等を記入

下記対象者に関する生命保険契約有無の照会を依頼します。

**◆照会対象者**

**※現姓と旧姓および現住所と旧住所を同時に照会することはできませんので、いずれかを選択の上、手続きを行ってください。**

| 照会対象者 | | |
|---|---|---|
| | 住　所 | 〒330－9999<br>埼玉県さいたま市大宮区Ｘ－Ｘ－Ｘ |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｾｲﾎ　ﾀﾛｳ |
| | 氏　名 | 生保　太郎 |
| | 生年月日 | 西暦　ＸＸＸＸ　年　ＸＸ　月　ＸＸ日 |
| | 性　別 | 男性　女性 |

「死亡したため」に☑をした場合は、「死亡日」を記入。
「認知判断能力が低下したため」に☑をした場合は、【確認事項】に☑を記入。
（※記入例は「死亡したため」に☑をした場合）

＜照会事由＞（下記いずれかに✔を記載してください）

| | | |
|---|---|---|
| ☑ 対象者が死亡したため | 死亡日 | ＸＸＸＸ年　ＸＸ月　ＸＸ日 |

☐ 対象者の認知判断能力が低下したため　（以下の**【確認事項】**をご確認ください）

**【確認事項】**

上記で「認知判断能力が低下したため」を選択した方のみ下記３項目にご回答ください。
（☐にチェック☑を入れてください）
※以下に該当等しない場合、本制度を利用することができませんのでご確認ください。

**１．緊急の資金の必要性**

会対象者の入院や手術等にかかる費用の支払いや所定の身体状態に伴う出費が必要など緊急の資金の必要性がある

☐　該当する

☐　該当しない（本制度利用不可）

**２．法定代理人等の有無**

照会対象者に法定代理人（成年後見制度利用）あるいは任意代理人（任意後見制度利用）が存在する場合、代理人以外は本制度を利用することができません。

☐　照会対象者には、法定代理人または任意代理人のいずれも存在しない
　⇒３親等以内親族からの照会が可能です

☐　照会者は、法定代理人または任意代理人である
　⇒登記事項証明書の提出が必要です

☐　照会者は、照会対象者から健常時に委任を受けた弁護士等である
　⇒委任状の提出が必要です

☐　法定代理人または任意代理人は、ほかに存在する
　⇒ 代理権者から照会いただくようお願いいたします（本制度利用不可）

**３．保険会社への問合せ・請求および財産管理の意思**

○照会対象者を保険契約者または被保険者とする保険契約が存在した場合、適宜、より高順位の推定相続人（照会対象者の配偶者・子）とも情報を共有した上で、当該会員会社に対して、問合せおよび契約内容の確認を行う意思がある。

○生命保険協会からの回答の結果、請求を行うことが可能な保険契約が存在した場合には、照会対象者のために請求を行うほか、それ以外の保険契約についても照会対象者の財産として適切に管理する意思がある。

☐　すべて該当する

↑ここに✔の記載がない場合、本制度をご利用することができません。

## 書面様式１

＜記入例＞　※代理人が手続きする場合（法人受任）

**代理人となる法人の**住所･法人名･代表者氏名等を記入
（例）生保一郎　代理人　　弁護士法人○○　代表社員　甲野三郎
　　生保一郎　成年後見人　弁護士法人○○　代表社員　甲野三郎
　　生保一郎　遺言執行者　弁護士法人○○　代表社員　甲野三郎

左側

生命保険契約照会制度事務局　御中

書面様式１

**生命保険契約照会依頼 申請書 兼 同意書**
**＜照会代表者用＞**

**◆照会代表者情報**

| | | |
|---|---|---|
| 記入日 | | 2023年　10月　1日 |
| 照会代表者 | 住　所 | 〒108－0099<br>東京都港区三田X－X－Y　4階　○○法律事務所<br>日中連絡先（03）0000－XXXX<br>※照会代表者ご本人と連絡がとれる番号をご記入ください。 |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｾｲﾎｳ　ｲﾁﾛｳ　ｺｳﾉ　ｻﾌﾞﾛｳ |
| | 氏　名 | 生保　一郎　代理人<br>弁護士法人○○　代表社員　甲野　三郎 |
| | 生年月日 | 西暦　XXXX年　XX月　XX　日 |
| | 照会対象者からみての続柄<br>（右記いずれかに○をつけてください） | 配偶者　・　子　・　親　・　孫　・　兄弟姉妹<br>おじおば　・　甥姪　・　その他（任意代理人） |
| | お支払い方法（コンビニ払い）<br>（右記いずれかに○をつけてください） | セブンイレブン　ファミリーマート<br>ローソン　・　ミニストップ<br>セイコーマート |

法人代表者（照会代表者となって照会する方）の生年月日を記載

☑ **下記同意事項すべてに同意のうえ、生命保険契約照会制度を利用し**

↑↑ 同意の上、本制度を利用される場合は、こちらにチェック✔を入れてください。
（✔がない場合は同意いただけなかったものとして「利用申請不可」とさせていただきます）

「同意事項」①～⑥に同意する場合のみ☑

**◆生命保険契約照会制度利用に関する同意事項**

①私は、生命保険契約照会制度利用規約の内容を確認し、同規約に基づき生命保険契約照会制度を利用します。
②私は、生命保険協会（以下、「貴会」といいます。）が取得した私および照会対象者に関する個人情報を貴会の加盟生命保険会社（以下、「会員会社」といいます。）に提供することに同意します。
③私は、会員会社が私および照会対象者に関する個人情報を貴会に提供することに同意します。
④私は、照会代表者として、私のほか、他の照会者にかかる生命保険契約の有無を同時に照会した場合に、貴会からすべての照会者についての照会結果を受領することに同意します。
⑤私は、照会のために貴会が提出を求めた必要書類および医師の診断書等を自己の負担で取得し、貴会に提出します。
⑥私は、暴力団、暴力団員（暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者を含みます。）、暴力団準構成員、暴力団関係企業その他反社会的勢力（以下、「反社会的勢力」といいます。）に該当しないこと、および反社会的勢力と関係を有していないことを誓約します。

書面様式１

＜記入例＞　※代理人が手続きする場合（法人受任）

右側

**照会対象者の**
住所・氏名・生年月日等を記入

下記対象者に関する生命保険契約有無の照会を依頼します。

**◆照会対象者**

**※現姓と旧姓および現住所と旧住所を同時に照会することはできませんので、いずれかを選択の上、手続きを行ってください。**

| | | |
|---|---|---|
| 照会対象者 | 住　所 | 〒330－9999<br>埼玉県さいたま市大宮区X－X－X |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｾｲﾎ　ﾀﾛｳ |
| | 氏　名 | 生保　太郎 |
| | 生年月日 | 西暦　XXXX　年　XX　月　XX日 |
| | 性　別 | (男性)　女性 |

「死亡したため」に☑をした場合は、「死亡日」を記入。
「認知判断能力が低下したため」に☑をした場合は、【確認事項】に☑を記入。
（※記入例は「認知判断能力が低下したため」に☑をした場合）

＜照会事由＞（下記いずれかに✔を記載してください）

| | | |
|---|---|---|
| ☐ 対象者が死亡したため | 死亡日 | 年　月　日 |

☑ 対象者の認知判断能力が低下したため　（以下の**【確認事項】**をご確認ください）

**【確認事項】**

上記で「認知判断能力が低下したため」を選択した方のみ下記３項目にご回答ください。
（☐にチェック☑を入れてください）
※以下に該当等しない場合、本制度を利用することができませんのでご確認ください。

**１．緊急の資金の必要性**

会対象者の入院や手術等にかかる費用の支払いや所定の身体状態に伴う出費が必要など緊急の資金の必要性がある

✔ 該当する

☐ 該当しない（本制度利用不可）

**２．法定代理人等の有無**

照会対象者に法定代理人（成年後見制度利用）あるいは任意代理人（任意後見制度利用）が存在する場合、代理人以外は本制度を利用することができません。

✔ 照会対象者には、法定代理人または任意代理人のいずれも存在しない
⇒３親等以内親族からの照会が可能です

☐ 照会者は、法定代理人または任意代理人である
⇒登記事項証明書の提出が必要です

☐ 照会者は、照会対象者から健常時に委任を受けた弁護士等である
⇒委任状の提出が必要です

☐ 法定代理人または任意代理人は、ほかに存在する
⇒ 代理権者から照会いただくようお願いいたします（本制度利用不可）

**３．保険会社への問合せ・請求および財産管理の意思**

○照会対象者を保険契約者または被保険者とする保険契約が存在した場合、適宜、より高順位の推定相続人（照会対象者の配偶者・子）とも情報を共有した上で、当該会員会社に対して、問合せおよび契約内容の確認を行う意思がある。

○生命保険協会からの回答の結果、請求を行うことが可能な保険契約が存在した場合には、照会対象者のために請求を行うほか、それ以外の保険契約についても照会対象者の財産として適切に管理する意思がある。

☑ すべて該当する

↑ここに✔の記載がない場合、本制度をご利用することができません。

書面様式２

＜記入例＞　※代理人が手続きする場合（個人受任）

2023/10/10

書面様式２

生命保険照会制度事務局　御中

## 生命保険契約照会依頼 委任状 兼 同意書
## ＜照会代表者以外＞

委任者（法定相続人）の
住所･氏名･生年月日等を記入

◆照会者情報

| | | |
|---|---|---|
| 記入日 | | 2023年 10月 1日 |
| 照会者 | 住　所 | 〒100－0005<br>東京都千代田区丸の内X－X－X |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｾｲﾎ　ｲﾁﾛｳ |
| | 氏　名 | 生保　一郎 |
| | 生年月日 | 西暦　XXXX 年　XX月 X日 |
| 照会対象者 | 照会対象者からみて上記照会者は<br>（右記いずれかに○をしてください） | 配偶者 ・ 子 ・ 親 ・ 孫 ・ 兄弟姉妹<br>おじおば ・ 甥姪 ・ その他（　　） |
| | 照会対象者 | 生保　太郎 |

◆照会代表者委任・生命保険契約照会制度利用に関する同意
生命保険契約照会にあたり、下記の者を照会代表者と定め、生命
限（回答の受領を含む）を、委任することを申請します。
また、下記同意事項に同意のうえ、生命保険契約照会制度を利用

書面様式１に記載した照会代表者の
氏名を記入
（氏名に「生保一郎 代理人弁護士」は不要）

＜委任する照会代表者＞

| | |
|---|---|
| 氏　名 | 甲野　三郎 |

生命保険契約照会制度利用に関する同意事項

①私は、生命保険契約照会制度利用規約の内容を確認し、同規約に基づき生命保険契約照会制度を利用します。
②私は、生命保険協会（以下、「貴会」といいます。）が取得した私および照会対象者に関する個人情報を貴会の加盟生命保険会社（以下、「会員会社」といいます。）に提供することに同意します。
③私は、会員会社が私および照会対象者に関する個人情報を貴会に提供することに同意します。
④私は、照会代表者が、私のほか、他の照会者にかかる生命保険契約の有無を同時に照会した場合に、貴会が、照会代表者に対して、すべての照会者についての照会結果を回答することに同意します。
⑤私は、照会のために貴会が提出を求めた必要書類および医師の診断書等を自己の負担で取得し、貴会に提出します。
⑥暴力団、暴力団員（暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者を含みます。）、暴力団準構成員、暴力団関係企業その他反社会的勢力（以下、「反社会的勢力」といいます。）に該当しないこと、および反社会的勢力と関係を有

「同意事項」①～⑥に同意する場合のみ
照会者情報欄に必要事項を記入し提出

## 書面様式２

＜記入例＞　※代理人が手続きする場合（法人受任）

2023/10/10

書面様式２

生命保険照会制度事務局　御中

### 生命保険契約照会依頼 委任状 兼 同意書
### ＜照会代表者以外＞

**委任者（法定相続人）の**住所･氏名･生年月日等を記入

**◆照会者情報**

| | | |
|---|---|---|
| 記入日 | | 2023年 10月 1日 |
| 照会者 | 住　所 | 〒100－0005<br>東京都千代田区丸の内X－X－X |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｾｲﾎｳ　ｲﾁﾛｳ |
| | 氏　名 | 生保　一郎 |
| | 生年月日 | 西暦　XXXX 年　XX月 X日 |
| 照会対象者 | 照会対象者からみて上記照会者は<br>（右記いずれかに○をしてください） | 配偶者 ・ (子) ・ 親 ・ 孫 ・ 兄弟姉妹<br>おじおば ・ 甥姪 ・ その他（　　） |
| | 照会対象者 | 生保　太郎 |

**◆照会代表者委任・生命保険契約照会制度利用に関する同意**

生命保険契約照会にあたり、下記の者を照会代表者と定め、生命保険
限（回答の受領を含む）を、委任することを申請します。
また、下記同意事項に同意のうえ、生命保険契約照会制度を利用しま

**書面様式１に記載した照会代表者の**氏名を記入
（氏名に「生保一郎　代理人」は不要）

＜委任する照会代表者＞

| | |
|---|---|
| 氏　名 | 弁護士法人○○　代表社員　甲野　三郎 |

生命保険契約照会制度利用に関する同意事項

①私は、生命保険契約照会制度利用規約の内容を確認し、同規約に基づき生命保険契約照会制度を利用します。
②私は、生命保険協会（以下、「貴会」といいます。）が取得した私および照会対象者に関する個人情報を貴会の加盟生命保険会社（以下、「会員会社」といいます。）に提供することに同意します。
③私は、会員会社が私および照会対象者に関する個人情報を貴会に提供することに同意します。
④私は、照会代表者が、私のほか、他の照会者にかかる生命保険契約の有無を同時に照会した場合に、貴会が、照会代表者に対して、すべての照会者についての照会結果を回答することに同意します。
⑤私は、照会のために貴会が提出を求めた必要書類および医師の診断書等を自己の負担で取得し、貴会に提出します。
⑥暴力団、暴力団員（暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者を含みます。）、暴力団準構成員、暴力団関係企業その他反社会的勢力（以下、「反社会的勢力」といいます。）に該当しないこと、および反社会的勢力と関

「同意事項」①～⑥に同意する場合のみ
照会者情報欄に必要事項を記入し提出

## 目次Ａ－３のパターン

**【照会対象者】**

**A** 契約者または被保険者が亡くなった場合

**【照会者】**

**亡くなった方の法定相続人の法定代理人（成年後見人等）**

必要書類

■書面様式１（「生命保険契約照会依頼 申請書 兼 同意書」）成年後見人等が記入

■書面様式２（「生命保険契約照会依頼 委任状 兼 同意書」）

❶ 照会代表者（成年後見人等）の本人確認書類

❷ 法定代理権の確認書類（登記事項証明書等）

❸ 法定相続人であることが確認できる書類
（「法定相続情報一覧図」、または、照会対象者と照会者（法定相続人）の関係を示す戸籍等※）
※照会者欄に「除籍」と記載されたものは不可

❹ 照会対象者の死亡が確認できる書類
（死亡診断書など。❸で「法定相続情報一覧図」を提出する場合や、提出する戸籍において、照会対象者の欄に「死亡日」の記載がある場合は不要。）

※同一の照会対象者について複数の申請を行う場合、1件の申請ごとに HP から書類一式の取寄せが必要になります。1件の申請ごとに、必要書類を全てご提出ください。


■書面様式１の記入例 ➡ １９～２０頁（個人受任）、２１～２２頁（法人受任）
■書面様式２の記入例 ➡ ２３頁（個人受任）、２４頁（法人受任）
❶の提出例 ➡ ９～１０頁
❷の提出例 ➡ ２６頁
❸の提出例 ➡ １１～１７頁

■　法定代理権の確認書類（登記事項証明書等）

本籍を黒塗りしてください。
照会代表者（成年後見人等）の住所が、本人確認書類に記載された住所と異なる場合、登記事項証明書に記載された住所を確認できる書類（証明日から 3 か月以内のもの）をご提出ください。

＜提出例＞

登　記　事　項　証　明　書

後　見

後見開始の裁判
【裁　判　所】○○○○裁判所
【事件の表示】令和X年　第00000号
【裁判の確定日】令和X年XX月XX日
【登記年月日】令和X年XX月XX日
【登記番号】第0000-00000号

成年被後見人
【氏　　名】生保太郎
【生年月日】昭和XX年XX月XX日
【住　　所】東京都千代田区○○３－４－１
【本　　籍】[redacted]　黒塗りする

成年後見人
【氏　　名】生保花男
【住　　所】千葉県千葉市○○３－４－１
【選任の裁判確定日】令和X年XX月XX日
【登記年月日】令和X年XX月XX日

本人確認書類と
同一の住所か確認

上記のとおり後見登記等ファイルに記録されていることを証明する。
令和X年XX月
○○法務局　　登記官　○○○○　　印

目次Ａ－４のパターン

【照会対象者】

A 契約者または被保険者が亡くなった場合

【照会者】

**亡くなった方の遺言執行者**

必要書類

■書面様式１（「生命保険契約照会依頼 申請書 兼 同意書」）**遺言執行者が記入**

❶ 照会代表者（遺言執行者）の本人確認書類、印鑑登録証明書

❷ 照会対象者（遺言者）の除籍全部事項証明書　※死亡日の記載があるもの

❸ 遺言書

※同一の照会対象者について複数の申請を行う場合、1件の申請ごとに HP から書類一式の取寄せが必要になります。1件の申請ごとに、必要書類を全てご提出ください。

■書面様式１の記入例 ➡ １９～２０頁（個人受任）、２１～２２頁（法人受任）

❶の提出例 ➡ ９～１０頁

❷の提出例 ➡ １５～１６頁

目次Ａ－５のパターン

【照会対象者】

A 契約者または被保険者が亡くなった場合

【照会者】

**亡くなった方の遺言執行者の任意代理人（弁護士、司法書士、行政書士）**

必要書類

■書面様式１（「生命保険契約照会依頼 申請書 兼 同意書」）**任意代理人が記入**

■書面様式２（「生命保険契約照会依頼 委任状 兼 同意書」）

**復代理人への本手続きの委任状として遺言執行者が記入**

❶ 照会代表者（任意代理人）の本人確認書類

❷ 任意代理人の資格を証明する書類

❸ 照会対象者（遺言者）の除籍全部事項証明書

❹ 遺言執行者の印鑑登録証明書

❺ 遺言書

※同一の照会対象者について複数の申請を行う場合、1件の申請ごとに HP から書類一式の取寄せが必要になります。1件の申請ごとに、必要書類を全てご提出ください。

※任意代理人は、対象者の財産管理を適切に行うために生命保険契約の有無を照会するにふさわしいと本会が認めた者として、弁護士、司法書士、行政書士に限ります。

■書面様式１の記入例　➡　１９～２０頁（個人受任）、２１～２２頁（法人受任）
■書面様式２の記入例　➡　２３頁（個人受任）、２４頁（法人受任）
❶❹の提出例　➡　９～１０頁
❷の提出例　➡　１０頁
❸の提出例　➡　１５～１６頁

## 目次Ｂ－６のパターン

**【照会対象者】**　　**【照会者】**

B　契約者または被保険者が認知症等で、認知判断能力が低下した場合　×　**認知判断能力が低下した方の成年後見人等**

家庭裁判所によって成年後見人等が選任されている場合です。

必要書類
■書面様式１（「生命保険契約照会依頼　申請書　兼　同意書」）成年後見人等が記入
❶　照会代表者（成年後見人等）の本人確認書類
❷　成年後見人等の確認書類（登記事項証明書等）

※同一の照会対象者について複数の申請を行う場合、1件の申請ごとに HP から書類一式の取寄せが必要になります。1件の申請ごとに、必要書類を全てご提出ください。

■書面様式１の記入例　➡　１９～２０頁（個人受任）、２１～２２頁（法人受任）
❶の提出例　➡　９～１０頁
❷の提出例　➡　２６頁

目次Ｂ－７のパターン

**【照会対象者】**

**B** 契約者または被保険者が認知症等で、認知判断能力が低下した場合

**【照会者】**

**認知判断能力が低下した方の任意後見人**

判断能力があるうちに公正証書で任意後見契約を締結しており、その後、申立てにより家庭裁判所によって任意後見監督人が選任されて、任意後見が開始され、**任意代理人が任意後見契約において生命保険契約に関する代理権を授与されている場合**です。

必要書類

■書面様式１（「生命保険契約照会依頼 申請書 兼 同意書」）任意後見人が記入

❶ 照会代表者（任意後見人）の本人確認書類

❷ 任意後見人の確認書類（登記事項証明書等）

※同一の照会対象者について複数の申請を行う場合、1件の申請ごとに HP から書類一式の取寄せが必要になります。1件の申請ごとに、必要書類を全てご提出ください。

■書面様式１の記入例 ➡ １９～２０頁（個人受任）、２１～２２頁（法人受任）

❶の提出例 ➡ ９～１０頁

❷の提出例 ➡ ２６頁

## 目次Ｂ－８のパターン

**【照会対象者】**

**B** 契約者または被保険者が認知症等で、認知判断能力が低下した場合

**【照会者】**

**認知判断能力が低下した方の任意代理人（弁護士、司法書士、行政書士）**

**判断能力低下前に個人的な委任契約を締結していた場合**です。
照会対象者に法定代理人（成年後見制度利用）あるいは任意後見人（任意後見制度利用）が存在する場合、それら以外の任意代理人は本制度を利用できません。

**緊急の資金の必要性**
・「照会対象者の入院や手術等にかかる費用の支払いや所定の身体状態に伴う出費が必要など緊急の資金の必要性がある」に該当しない場合は、本制度を利用できません。

**請求および財産管理の意思**
・「照会対象者を保険契約者または被保険者とする保険契約が存在した場合、適宜、より高順位の推定相続人（照会対象者の配偶者・子）とも情報を共有した上で、当該会員会社に対して、問合せおよび契約内容の確認を行う意思がある」かつ「協会からの回答の結果、請求を行うことが可能な保険契約が存在した場合には、照会対象者のために請求を行うほか、それ以外の保険契約についても照会対象者の財産として適切に管理する意思がある」に該当しない場合は、本制度を利用できません。

必要書類

■書面様式１（「生命保険契約照会依頼　申請書　兼　同意書」）**任意代理人が記入**

❶　様式３（生命保険協会所定の診断書）　※医師が診断結果を記入したもの

❷　照会対象者による同意書　※診断結果により取得できる場合に限る

❸　任意代理人への委任状　※認知判断能力低下前に締結したもの

❹　照会代表者（任意代理人）の本人確認書類

❺　任意代理人の資格を証明する書類

※同一の照会対象者について複数の申請を行う場合、1件の申請ごとに HP から書類一式の取寄せが必要になります。1件の申請ごとに、必要書類を全てご提出ください。

※任意代理人は、対象者の財産管理を適切に行うために生命保険契約の有無を照会するにふさわしいと本会が認めた者として、弁護士、司法書士、行政書士に限ります。

■書面様式１の記入例　➡　１９～２０頁（個人受任）、２１～２２頁（法人受任）
■書面様式２の記入例　➡　２３頁（個人受任）、２４頁（法人受任）
❷の提出が必要な場合　➡　３１頁を必ず参照。
❹の提出例　➡　９～１０頁
❺の提出例　➡　１０頁

## ※　様式３（生命保険協会所定の診断書）について

- □　本診断書は医師が記入するものです。
- □　照会対象者の認知判断能力について、**「正常」にチェックがあると本制度は利用できません。**
- □　「照会対象者は、自己の保険契約の契約の有無を照会し、回答を受ける行為の意味を自ら理解し、判断できますか」について、**「できる」にチェックがある場合には、照会代表者が手続きを行うことについての照会対象者の同意書（書面様式２）を提出してください。**
- □　「照会対象者は、自己の保険契約の契約の有無を照会するための代理人を自ら選任することができますか」について、**「できる」にチェックがある場合には、照会対象者が照会代表者へ手続きを委任する委任状（書面様式２）を提出してください。**

**診　断　書**（生命保険契約照会制度用）

**1　照会対象者氏名**　　男・女

年　　月　　日生（　　歳）

住所

**2　認知判断能力についての意見（必ず下記のいずれかをチェックしてください）**

□　正常

□　低下・障害が見られる

（意見）

**「正常」**である場合は本制度を利用できません

**「認知判断能力の低下・障害が見られる」の場合はご回答ください**

照会対象者は、自己の保険契約の契約の有無を照会し、回答を受ける行為の意味を自ら理解し、判断できますか

□　できる

□　できない

（意見）

どちらか一方でも**「できる」**にチェックがある場合は書面様式２を提出

**「認知判断能力の低下・障害が見られる」の場合はご回答ください**

照会対象者は、自己の保険契約の契約の有無を照会するための代理人を自ら選任することができますか

□　できる

□　できない

（意見）

**判定の根拠**

(1) 見当識

□障害がない　□まれに障害が見られる　□障害が見られるときが多い　□障害が高度

(2) 他人との意思疎通

□できる　□できないときもある　□できないときが多い　□できない

(3) 社会的手続や公共施設の利用（銀行等との取引，要介護申請，鉄道やバスの利用など）

□できる　□できないときもある　□できないときが多い　□できない

(4) 記憶力

□問題がない　□問題があるが程度は軽い　□問題があり程度は重い　□問題が顕著

(5) 脳の萎縮または損傷

□ない　□部分的に見られる　□著しい　□不明

(6) 各種検査

長谷川式認知症スケール　（□　　点（　月　日実施）　□未実施　□実施不可）

ＭＭＳＥ　（□　　点（　月　日実施）　□未実施　□実施不可）

その他の検査

(7) その他特記事項

備考（本人以外の情報提供者など）

以上のとおり診断します。　　令和　　年　　月　　日

病院又は診療所の名称・診療科名

所在地、電話番号

担当医師名　　印

【医師の方へ】

※　生命保険協会は、本診断書に基づき、生命保険契約照会制度の利用可否等を判断します（それ以外の目的には使用しません）。

## 目次Ｂ－９のパターン

**【照会対象者】**

**B** 契約者または被保険者が認知症等で、認知判断能力が低下した場合

**【照会者】**

**認知判断能力が低下した方の３親等以内の親族**

照会対象者に法定代理人（成年後見制度利用）あるいは任意後見人（任意後見制度利用）が存在する場合、それら以外の方は本制度を利用できません。

**緊急の資金の必要性**
・「照会対象者の入院や手術等にかかる費用の支払いや所定の身体状態に伴う出費が必要など緊急の資金の必要性がある」に該当しない場合は、本制度を利用できません。

**請求および財産管理の意思**
・「照会対象者を保険契約者または被保険者とする保険契約が存在した場合、適宜、より高順位の推定相続人（照会対象者の配偶者・子）とも情報を共有した上で、当該会員会社に対して、問合せおよび契約内容の確認を行う意思がある」かつ「協会からの回答の結果、請求を行うことが可能な保険契約が存在した場合には、照会対象者のために請求を行うほか、それ以外の保険契約についても照会対象者の財産として適切に管理する意思がある」に該当しない場合は、本制度を利用できません。

必要書類

■書面様式１（「生命保険契約照会依頼 申請書 兼 同意書」） **３親等以内の親族が記入**
❶ 様式３（生命保険協会所定の診断書） ※医師が診断結果を記入したもの
❷ 照会対象者による同意書 ※診断結果により取得できる場合に限る
❸ 照会代表者（３親等以内の親族）の本人確認書類
❹ ３親等以内の親族であることが確認できる書類
（照会対象者と照会者の続柄が証明できる戸籍全部事項証明書等※）
※照会者欄に「除籍」と記載されたものは不可

※同一の照会対象者について複数の申請を行う場合、1件の申請ごとに HP から書類一式の取寄せが必要になります。1件の申請ごとに、必要書類を全てご提出ください。

■書面様式１の記入例 ➡ ３３～３４頁
❷の提出が必要な場合 ➡ ３１頁を必ず参照
❸の提出例 ➡ ９頁
❹の提出例 ※以下の例を参考に、１３～１４頁も参照ください。

| 照会者と照会対象者の関係 | | 必要書類の例 |
|---|---|---|
| 照会者と照会対象者が別世帯 | 子 | 照会者 の**現在の**戸籍全部（または個人）事項証明書 |
| | 孫 | 照会者 の**現在の**戸籍全部（または個人）事項証明書<br>照会者の親の**現在の**戸籍全部（または個人）事項証明書 |
| | 親<br>兄弟姉妹 | 照会者 の**現在の**戸籍全部（または個人）事項証明書<br>照会対象者の**現在の**戸籍全部（または個人）事項証明書 |
| | 甥<br>姪 | 照会者 の**現在の**戸籍全部（または個人）事項証明書<br>照会者の親の**現在の**戸籍全部（または個人）事項証明書<br>照会対象者の**現在の**戸籍全部（または個人）事項証明書 |
| 照会者と照会対象者が同世帯（いずれかが世帯主の場合） | | 住民票（続柄が記載されているもの） |

書面様式１

＜記入例＞　「対象者の認知判断能力が低下」の場合

左側

生命保険契約照会制度事務局　御中

書面様式１

# 生命保険契約照会依頼 申請書 兼 同意書
## ＜照会代表者用＞

実際に照会手続を行う方の
住所・氏名・生年月日等を記入

**◆照会代表者情報**

| | | |
|---|---|---|
| 記入日 | | 2023年　10月　1日 |
| 照会代表者 | 住　所 | 〒100－0005<br>東京都千代田区丸の内X－X－X<br>日中連絡先（03）3286－XXXX<br>※照会代表者ご本人と連絡がとれる番号をご記入ください。 |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｾｲﾎ　ｲﾁﾛｳ |
| | 氏　名 | 生保　一郎 |
| | 生年月日 | 西暦　XXXX年　XX月　XX　日 |
| | 照会対象者からみての続柄<br>（右記いずれかに○をつけてください） | 配偶者・(子)・親・孫・兄弟姉妹<br>おじおば・甥姪・その他（　　） |
| | お支払い方法（コンビニ払い）<br>（右記いずれかに○をつけてください） | セブンイレブン・ファミリーマート<br>(ローソン)・ミニストップ<br>セイコーマート |

☑ **下配同意事項すべてに同意のうえ、生命保険契約照会制度を利用します。**

↑↑同意の上、本制度を利用される場合は、こちらにチェック✔を入れてください。
（✔がない場合は同意いただけなかったものとして「利用申請不可」とさせていただきます）

**◆生命保険契約照会制度利用に関する同意事項**

①私は、生命保険契約照会制度利用規約の内容を確認し、同規約に基づき生命保険契約照会制度を利用します。
②私は、生命保険協会（以下、「貴会」といいます。）が取得した私および照会対象者に関する個人情報を貴会の加盟生命保険会社（以下、「会員会社」といいます。）に提供することに同意します。
③私は、会員会社が私および照会対象者に関する個人情報を貴会に提供することに同意します。
④私は、照会代表者として、私のほか、他の照会者にかかる生命保険契約の有無を同時に照会した場合に、貴会からすべての照会者についての照会結果を受領することに同意します。
⑤私は、照会のために貴会が提出を求めた必要書類および医師の診断書等を自己の負担で取得し、貴会に提出します。
⑥私は、暴力団、暴力団員（暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者を含みます。）、暴力団準構成員、暴力団関係企業その他反社会的勢力（以下、「反社会的勢力」といいます。）に該当しないこと、および反社会的勢力と関係を有していないことを誓約します。

「同意事項」①～⑥に同意する場合のみ☑

## 書面様式１

＜記入例＞　「対象者の認知判断能力が低下」の場合

右側

**照会対象者の**
住所・氏名・生年月日等を記入

2023/10/10

下記対象者に関する生命保険契約有無の照会を依頼します。

**◆照会対象者**
**※現姓と旧姓および現住所と旧住所を同時に照会することはできませんので、いずれかを選択の上、手続きを行ってください。**

| | | |
|---|---|---|
| 照会対象者 | 住　所 | 〒330－9999<br>埼玉県さいたま市大宮区Ｘ－Ｘ－Ｘ |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｾｲﾎ　ﾀﾛｳ |
| | 氏　名 | 生保　太郎 |
| | 生年月日 | 西暦　ＸＸＸＸ　年　ＸＸ　月　ＸＸ日 |
| | 性　別 | (男性)　女性 |

「対象者の認知判断能力が低下したため」に☑をして、
【確認事項】の該当箇所に☑を記入。

＜照会事由＞（下記いずれかに✔を記載してください）

| | | |
|---|---|---|
| ☐ 対象者が死亡したため | 死亡日 | 年　月　日 |
| ☑ 対象者の認知判断能力が低下したため　（以下の**【確認事項】**をご確認ください） | | |

**【確認事項】**

上記で「認知判断能力が低下したため」を選択した方のみ下記３項目にご回答ください。
（☐にチェック☑を入れてください）
※以下に該当等しない場合、本制度を利用することができませんのでご確認ください。

**１．緊急の資金の必要性**
会対象者の入院や手術等にかかる費用の支払いや所定の身体状態に伴う出費が必要など緊急の資金の必要性がある

☑ 該当する
☐ 該当しない（本制度利用不可）

**２．法定代理人等の有無**
照会対象者に法定代理人（成年後見制度利用）あるいは任意代理人（任意後見制度利用）が存在する場合、代理人以外は本制度を利用することができません。

☑ 照会対象者には、法定代理人または任意代理人のいずれも存在しない
⇒３親等以内親族からの照会が可能です

☐ 照会者は、法定代理人または任意代理人である
⇒登記事項証明書の提出が必要です

☐ 照会者は、照会対象者から健常時に委任を受けた弁護士等である
⇒委任状の提出が必要です

☐ 法定代理人または任意代理人は、ほかに存在する
⇒ 代理権者から照会いただくようお願いいたします（本制度利用不可）

**３．保険会社への問合せ・請求および財産管理の意思**

○照会対象者を保険契約者または被保険者とする保険契約が存在した場合、適宜、より高順位の推定相続人（照会対象者の配偶者・子）とも情報を共有した上で、当該会員会社に対して、問合せおよび契約内容の確認を行う意思がある。
○生命保険協会からの回答の結果、請求を行うことが可能な保険契約が存在した場合には、照会対象者のために請求を行うほか、それ以外の保険契約についても照会対象者の財産として適切に管理する意思がある。

☑ すべて該当する
↑ここに✔の記載がない場合、本制度をご利用することができません。

## 目次Ｂ－１０のパターン

**【照会対象者】**

**B** 契約者または被保険者が認知症等で、認知判断能力が低下した場合

**【照会者】**

**認知判断能力が低下した方の**
**３親等以内の親族の任意代理人**
**（弁護士、司法書士、行政書士）**

照会対象者に法定代理人（成年後見制度利用）あるいは任意後見人（任意後見制度利用）が存在する場合、それら以外の方は本制度を利用できません。

**緊急の資金の必要性**
・「照会対象者の入院や手術等にかかる費用の支払いや所定の身体状態に伴う出費が必要など緊急の資金の必要性がある」に該当しない場合は、本制度を利用できません。

**請求および財産管理の意思**
・「照会対象者を保険契約者または被保険者とする保険契約が存在した場合、適宜、より高順位の推定相続人（照会対象者の配偶者・子）とも情報を共有した上で、当該会員会社に対して、問合せおよび契約内容の確認を行う意思がある」かつ「協会からの回答の結果、請求を行うことが可能な保険契約が存在した場合には、照会対象者のために請求を行うほか、それ以外の保険契約についても照会対象者の財産として適切に管理する意思がある」に該当しない場合は、本制度を利用できません。

必要書類

■書面様式１（「生命保険契約照会依頼　申請書　兼　同意書」）**任意代理人が記入**
■書面様式２（「生命保険契約照会依頼　委任状　兼　同意書」）**３親等以内の親族が記入**
❶　様式３（生命保険協会所定の診断書）　※医師が診断結果を記入したもの
❷　照会対象者による同意書　※診断結果により取得できる場合に限る
❸　照会代表者（任意代理人）の本人確認書類
❹　任意代理人の資格を証明する書類
❺　３親等以内の親族であることが確認できる書類
（照会対象者と照会者の続柄が証明できる戸籍全部事項証明書等※）
※照会者欄に「除籍」と記載されたものは不可

※同一の照会対象者について複数の申請を行う場合、1件の申請ごとに HP から書類一式の取寄せが必要になります。1件の申請ごとに、必要書類を全てご提出ください。

※任意代理人は、対象者の財産管理を適切に行うために生命保険契約の有無を照会するにふさわしいと本会が認めた者として、弁護士、司法書士、行政書士に限ります。

■書面様式１の記入例　➡　１９～２０頁（個人受任）、２１～２２頁（法人受任）
■書面様式２の記入例　➡　２３頁（個人受任）、２４頁（法人受任）
❷の提出が必要な場合　➡　３１頁を必ず参照
❸の提出例　➡　９頁
❹の提出例　➡　１０頁
❺の提出例　➡　１３～１４、３２頁

## C 災害時に、契約者または被保険者が、死亡もしくは行方不明となった場合

「災害時」とは、災害救助法が適用された地域において被災し、家屋等の流失または焼失等により生命保険契約に関する請求が困難な場合としています。

本制度を利用できる方は、被災された方（死亡もしくは行方不明の方）のご家族（配偶者、親、子、兄弟姉妹）が原則となります。

災害による死亡もしくは行方不明の場合、**利用料はいただきません。**

以下まで、**お電話にて**ご連絡をお願いいたします。
**災害時受付専用**連絡先（生命保険相談所）
**フリーダイヤル　０１２０―００１―７３１**
【受付時間】月～金曜日（祝日・年末年始を除く）９：００～１７：００

## ４．留意点

📌調査対象となる生命保険契約について

調査対象となる契約は、照会受付日現在有効に継続している個人保険契約で、死亡保険金支払済、解約済、失効等であるものは含まれません。

照会事由が死亡の場合は死亡日まで最低3年間は遡って調査します。

財形保険・財形年金保険、支払が開始した年金保険、保険金等が据置きとなっている保険は対象外です。

📌生命保険契約の存在が確認できた場合

協会では、個々の生命保険契約の内容を把握していないことから回答ができませんので、当該保険会社に対し、契約内容等を直接お問い合わせください。

その際は、「生命保険契約照会制度を利用した」旨をお申し出いただければと存じますが、契約の権利関係によっては、契約上の正当権利者からの問い合わせが必要になる場合も想定されます。（契約が存在することは確認できているが、請求の権利がない場合。）

📌簡易書留による送付

照会制度事務局からお送りする書類は、原則、簡易書留でお送りいたします。

ご不在の場合は、郵便局の保管期間内にお受け取りをお願いいたします。

保管期間経過による再送時は、普通郵便で送付する場合もありますのでご注意ください。

📌照会者の人数

１回の照会で9名まで委任者になれますが、契約の有無については照会者全員分の回答は同じであり、異なるのは「請求権の有無」のみとなります。

この場合、照会には最大9名分の書面様式2および戸籍等が必要となります。

また、手続きは照会者のうちの代表者１名（「照会代表者」と呼びます。）に行っていただき、回答は照会代表者のみに行いますので、照会代表者は全員分の回答内容を知ることができます。

他の照会者はこのことに同意のうえ本制度をご利用ください。照会代表者に回答内容を知られたくない場合には、別途ご自身で照会手続きを行ってください。

📌損害等に対し協会・生命保険各社は責任を負いません

本制度は、照会者から取得した個人情報・提出書類、および照会者の同意に基づき運営しています。

協会・生命保険各社では、通常求められる調査を行い、照会結果を回答した場合に照会者および第三者に生じた一切の損害および不利益に対し責任を負いません。

**【申請書の送付先・連絡先】**

一般社団法人
生命保険協会

生命保険相談所（照会制度事務局）

〒１００－０００５
東京都千代田区丸の内３－４－１　新国際ビル３階
電　　話　０３－３２８６－２６４６（直通）
受付時間　９時～１７時（土日・祝日除く）
ＵＲＬ　https://www.seiho.or.jp/

2025/2/14