

お問い合わせ票



明治安田生命保険相互会社
法人サービス部 法人事務サービスセンター
退職事務サポートグループ(年金担当) 行
(FAX:0120-161-626)

記入日(西暦)
年 月 日

■年金受給者さま(被保険者さま)ご本人がご記入ください
※ご本人さまのご記入が困難な場合は、お申し出人さまがご記入ください

申出人氏名 年金受給者との続柄()	年金受給者(被保険者)氏名	生年月日(西暦) 年 月 日
住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		都 道 府 県
※返信先FAX番号(- -)		
年金証書番号	団体番号	被保険者番号

※担当からFAX受領のご連絡をいたしますので返信先のFAX番号をご記入ください

<p>お問い合わせ内容をこちらにご記入ください</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

個人情報の取扱いについて
当社は、お客さまに関する情報を、必要に応じ、以下の目的で利用させていただきます。
・各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
・関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
・当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
・その他保険に関連・付随する業務
なお、当社におけるお客さま情報の取扱いについては、 ホームページ(<https://www.meijiyasuda.co.jp/>)をご覧ください。