第一生命保険株式会社 御中

米国の外国口座税務コンプライアンス法に関する
自己宣誓書類兼情報開示の同意書

当書面は、「米国の外国口座税務コンプライアンス法（FATCA）」における米国納税義務を有する方に納税義務保有の証明をいただくとともに、当社がお客さまの契約情報を米国内国歳入庁（IRS）に報告・提供することについて同意いただくものです。
同意がいただけない場合、お手続きができなくなる場合がございますので、必ず保険契約者ご本人（※）が内容をご確認の上、正確にご記入いただき、ご署名をお願いいたします。
（※）お申込手続き以外の場合は保険契約者または受取人、法人の場合は代表者または保険手続担当者がご記入ください。

1. ご確認事項

該当する区分の□にチェック（レ印）をご記入ください。

区分	該当する場合
□ 米国税法上の米国市民（米国籍保有者）または米国居住者に該当します。	▶ 以下２～４の「米国納税者番号欄」「氏名欄」「住所欄」をご記入ください。また、米国内国歳入庁（IRS）に対して、第一生命が契約情報の報告を行うことに同意頂きます。
□「米国法人（米国設立の事業体）」に該当します（ただし、米国上場法人は除きます）。	
□「実質的支配者（※）に米国人（法人を除く）がいる法人」であり、主となる業種が投資業である（ただし、上場法人は除きます）。 （※）議決権の総数のうち 25%を超える議決権を有する方	▶ 実質的支配者の了解のもと、実質的支配者の社会保障番号・氏名・住所を以下２～４の「米国納税者番号欄」「氏名欄」「住所欄」にご記入ください。また、米国内国歳入庁（IRS）に対して、第一生命が契約情報の報告を行うことに同意頂きます。
□ 上記いずれにも該当しません（米国上場法人、上場法人等）。	▶ ご確認は終了となります。以下5.の署名欄にご署名ください。

2. 米国納税者番号

●個人の場合：社会保障番号

□□□ － □□ － □□□□

●事業体の場合：雇用主識別番号

□□ － □□□□□□□

3. 氏名（個人の場合はアルファベット表記の氏名、法人の場合は英字表記の法人名（いずれもブロック体）をご記入ください）

（例）TARO　DAIICHI

4. 住所（アルファベットまたは英字表記（いずれもブロック体）でご記入ください）

（例）13-1, YURAKUCHO 1-CHOME, CHIYODA-KU, TOKYO, 100-8411, JAPAN

5. 署名

上記１～４に誤りがないことを確認し、以下の通り署名(または記名・押印)します。

平成　　年　　月　　日

保険契約者・受取人

（ご署名）

親権者・後見人

（ご署名）

保険契約者が法人の場合、申込書と同一印を押印ください。（お申込手続き時のみ押印要）

会社使用欄
申込番号シール貼付
証券(証書)番号記入欄