

# お客さま情報の確認のお願い

## 【法人・団体用】

ご記入日 令和5年 月 日

### 1. 本情報確認に関する担当者様のお名前ご連絡先をご記入ください。

担当者氏名		電話番号	
-------	--	------	--

### 2. お客さまの情報をご回答ください。(複数選択可)

事業内容	<input type="checkbox"/> 医療／福祉 <input type="checkbox"/> 会員相互(専門科／地域)の親睦 <input type="checkbox"/> その他( )
取引目的	<input type="checkbox"/> 事業性決済 <input type="checkbox"/> 貯蓄／資産運用 <input type="checkbox"/> 融資 <input type="checkbox"/> その他( )
法人形態	<input type="checkbox"/> ①医療法人、一般社団・財団法人、社会福祉法人等(資本多数決以外の法人) <input type="checkbox"/> ②株式会社、有限会社、特定目的会社等(資本多数決法人) <input type="checkbox"/> ③法人格のない団体 <input type="checkbox"/> ④国等(国、地方公共団体、独立行政法人等)

法人形態①、②を選択された場合、以下の「実質的支配者の情報」についてご記入ください。

### 3. 実質的支配者(法人を代表し、業務を執行する個人)の情報をご記入ください。

お名前	(フリガナ)	生年月日	大・昭・平 年 月 日
役職		国 籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 日本以外( )
自宅住所			
お客様との関係性	<input type="checkbox"/> 収益・財団の50%超の配当・分配を受ける方／議決権の割合の50%超を保有する方 <input type="checkbox"/> 収益・財団の25%超の配当・分配を受ける方／議決権の割合の25%超を保有する方 <input type="checkbox"/> 事業活動に支配的な影響を有する方 <input type="checkbox"/> 代表権を有する方		
外国 PEPs	実質的支配者、またはその家族が、外国の元首、政府等の重要な地位に <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない		

※お客様との関係性、外国 PEPs に関する定義、判定のフローについては、別添の表・裏をご参照ください。

----- 組合記入欄 -----

顧客番号	受付日	検印	受付