

エンディング・ノート

家族へのメッセージ

妻・夫へ	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
子供へ	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
孫へ	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
兄弟姉妹へ	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

遺言について

遺言書の有無	□ある。	<input type="checkbox"/> 公正証書遺言書 公証役場名 _____ <input type="checkbox"/> 自筆証書遺言書 <input type="checkbox"/> 秘密証書遺言書 <input type="checkbox"/> その他 _____
	□ない。	
遺言書の保管場所	(ご遺族の方が探しやすいよう具体的に) _____ _____ _____	
遺言書の作成日時	_____年_____月_____日	

葬儀その他の手配について

葬儀について	葬儀の種類	<input type="checkbox"/> 密葬 <input type="checkbox"/> 家族葬 <input type="checkbox"/> 個人葬 <input type="checkbox"/> 社葬 <input type="checkbox"/> 不要		
	宗旨、宗派	<input type="checkbox"/> 仏教 <input type="checkbox"/> 神道 <input type="checkbox"/> キリスト教 <input type="checkbox"/> 無宗教 <input type="checkbox"/> その他 宗派 _____		
	宗教者	□決めている。	名称 _____ 住所 _____ 電話 _____	
		□決めていない。		
	葬儀会社	□決めている。	名称 _____ 住所 _____ 電話 _____	
		□決めていない。		
	葬儀費用	<input type="checkbox"/> 私の預金などを使って欲しい。 <input type="checkbox"/> 家族に任せたい。		
	遺影	□用意しているものを使って欲しい。	保管場所 _____	
		□家族に任せたい。		
	戒名	□すでにある。	戒名 _____	
□お願いして欲しい。		<input type="checkbox"/> 家族に任せたい。 <input type="checkbox"/> 必要ない。		
その他葬儀に関する要望	_____ _____ _____			

埋葬について	<input type="checkbox"/> 先祖代々の墓に納骨して欲しい。		
	<input type="checkbox"/> 新しい墓を建立して納骨して欲しい。		希望の場所 _____
	<input type="checkbox"/> 散骨して欲しい。		希望の場所 _____
	<input type="checkbox"/> 家族に任せる。		
	<input type="checkbox"/> その他		_____ _____
形見分け	品物	品名	
		保管場所	
		贈りたい人	
		住所・電話	
		備考	
		メッセージ	
	品物	品名	
		保管場所	
		贈りたい人	
		住所・電話	
		備考	
		メッセージ	
	品物	品名	
		保管場所	
		贈りたい人	
		住所・電話	
		備考	
		メッセージ	
寄付について	品物	品名・金額	
		保管場所	
		寄付先名	
		住所・電話	
		寄付者名	<input type="checkbox"/> 名乗る。 <input type="checkbox"/> 名乗らない。
		備考	
		メッセージ	
	品物	品名・金額	
		保管場所	
		寄付先名	
		住所・電話	
		寄付者名	<input type="checkbox"/> 名乗る。 <input type="checkbox"/> 名乗らない。
		備考	
		メッセージ	

供養について	仏壇	<input type="checkbox"/> 家の仏壇でよい。	
		<input type="checkbox"/> 新たな仏壇を購入して欲しい。	希望 _____
		<input type="checkbox"/> 仏壇は不要。	
		<input type="checkbox"/> 特に希望はない。	
	法要	<input type="checkbox"/> 弔問していただいた方にお知らせして欲しい。	_____回忌まで
		<input type="checkbox"/> 家族・親族だけでよい。	
		<input type="checkbox"/> 法要は不要。	
		<input type="checkbox"/> 特に希望はない。	
	その他	その他、供養に関する希望	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

連絡先リスト

もしもの時に連絡して欲しい先①	家族・親族	名前 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____ その他 _____
		名前 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____ その他 _____
		名前 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____ その他 _____
		名前 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____ その他 _____
		名前 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____ その他 _____
		名前 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____ その他 _____
		名前 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____ その他 _____
		名前 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____ その他 _____

もしもの時に連絡して欲しい先②

友人・知人

名前 _____ 間柄 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 間柄 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 間柄 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 間柄 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 間柄 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 間柄 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 間柄 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 間柄 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 間柄 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

もしもの時に連絡して欲しい先③

会社・団体

名称 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 担当者 _____
その他 _____

名称 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 担当者 _____
その他 _____

名称 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 担当者 _____
その他 _____

名称 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 担当者 _____
その他 _____

名称 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 担当者 _____
その他 _____

名称 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 担当者 _____
その他 _____

名称 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 担当者 _____
その他 _____

名称 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 担当者 _____
その他 _____

名称 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 担当者 _____
その他 _____

もしもの時に連絡して欲しい先④

町内会・ご近所

名前 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

名前 _____ 関係 _____
住所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____
その他 _____

私の状況

住居	鍵の保管場所		
	権利証、賃貸契約書などの保管場所		
	郵便受け開錠番号		
	所有マンション	管理費など	_____円 支払方法_____
			支払口座_____ 支払日_____日
		管理会社	_____電話_____
	賃貸住宅	家賃など	_____円 支払方法_____
			支払口座_____ 支払日_____日
		貸主	_____電話_____
	ライフライン	電気	契約先_____電話_____
			支払方法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落
			支払口座_____ 支払日_____日
		ガス	契約先_____電話_____
			支払方法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落
			支払口座_____ 支払日_____日
		水道	契約先_____電話_____
			支払方法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落
			支払口座_____ 支払日_____日
		電話	契約先_____電話_____
			支払方法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落
支払口座_____ 支払日_____日			
携帯電話	契約先_____電話_____		
	支払方法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落		
	支払口座_____ 支払日_____日		
住居	インターネット	契約先_____電話_____	
		支払方法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落	
		支払口座_____ 支払日_____日	
	有料テレビ	契約先_____電話_____	
		支払方法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落	
		支払口座_____ 支払日_____日	
	NHK	電話_____	
		支払方法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落	
		支払口座_____ 支払日_____日	

車	ナンバー			
	車種			
	年式			
	保管場所			
	鍵の保管場所			
	任意保険証券	保管場所		
		保険会社	支店	_____
			電話	_____ 担当者
	賃貸駐車場	貸主名		_____ 電話
		賃貸料		_____円/月 支払方法
支払口座		_____ 支払日		
処理方法	<input type="checkbox"/> 廃車して欲しい。 <input type="checkbox"/> 売却して欲しい。 <input type="checkbox"/> 家族に任せたい。			
	<input type="checkbox"/> 譲りたい。 譲りたい人 _____ 連絡先 _____			
ペット	1	名前		
		種類		
		血統書保管場所		
		かかりつけ獣医	医院名 _____ 電話 _____	
		服用している薬		
		接種済予防接種		
		注意点		
		処理方法	<input type="checkbox"/> 家族が引き取って欲しい。 <input type="checkbox"/> 飼い主を探して欲しい。 <input type="checkbox"/> 家族に任せたい。	
	<input type="checkbox"/> 譲りたい。 譲りたい人 _____ 連絡先 _____			
	<input type="checkbox"/> その他の希望 _____			
	2	名前		
		種類		
		血統書保管場所		
		かかりつけ獣医	医院名 _____ 電話 _____	
		服用している薬		
		接種済予防接種		
注意点				
処理方法		<input type="checkbox"/> 家族が引き取って欲しい。 <input type="checkbox"/> 飼い主を探して欲しい。 <input type="checkbox"/> 家族に任せたい。		
	<input type="checkbox"/> 譲りたい。 譲りたい人 _____ 連絡先 _____			
	<input type="checkbox"/> その他の希望 _____			

税金	確定申告		<input type="checkbox"/> している。 申告している税務署_____
			<input type="checkbox"/> していない。
	顧問税理士、会計士		<input type="checkbox"/> いる。 名前_____ 電話_____
			<input type="checkbox"/> いない。
	税金関係の書類等保管場所		
	税金 1	種類	
		納税額	
		管轄税務署	
		納付方法	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割 / <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落 <input type="checkbox"/> その他_____
		支払口座	支払口座_____ 支払日_____日
	税金 2	種類	
		納税額	
		管轄税務署	
		納付方法	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割 / <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落 <input type="checkbox"/> その他_____
		支払口座	支払口座_____ 支払日_____日
	税金 3	種類	
		納税額	
		管轄税務署	
		納付方法	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割 / <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落 <input type="checkbox"/> その他_____
支払口座		支払口座_____ 支払日_____日	
税金 4	種類		
	納税額		
	管轄税務署		
	納付方法	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割 / <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落 <input type="checkbox"/> その他_____	
	支払口座	支払口座_____ 支払日_____日	
税金 5	種類		
	納税額		
	管轄税務署		
	納付方法	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割 / <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落 <input type="checkbox"/> その他_____	
	支払口座	支払口座_____ 支払日_____日	
税金 6	種類		
	納税額		
	管轄税務署		
	納付方法	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割 / <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落 <input type="checkbox"/> その他_____	
	支払口座	支払口座_____ 支払日_____日	
税金 7	種類		
	納税額		
	管轄税務署		
	納付方法	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割 / <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 引落 <input type="checkbox"/> その他_____	
	支払口座	支払口座_____ 支払日_____日	

健康保険	健康保険証保管場所				
年金	年金手帳保管場所				
	公的年金	基礎年金番号			
		受取口座			
生命保険	/		保険 1	保険 2	保険 3
	保険会社名				
	電話				
	担当者				
	保険の種類				
	保険証券の保管場所				
	金額				
	満期				
	契約者				
	被保険者				
	受取人				
	支払方法・満了日				
	届出印鑑				
損害保険	/		保険 1	保険 2	保険 3
	保険会社名				
	電話				
	担当者				
	保険の種類				
	保険証券の保管場所				
	金額				
	満期				
	契約者				
	被保険者				
	受取人				
	支払方法・満了日				
	届出印鑑				
傷害保険	/		保険 1	保険 2	保険 3
	保険会社名				
	電話				
	担当者				
	保険の種類				
	保険証券の保管場所				
	金額				
	満期				
	契約者				
	被保険者				
	受取人				
	支払方法・満了日				
	届出印鑑				

不動産	権利証保管場所				
	司法書士		□いる。 名前_____ 電話_____		
			□いない。		
	土地		物件1	物件2	物件3
		所在及び地番			
		地目			
		面積			
		所有者			
		使用状況			
		抵当権設定の有無	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
	建物		物件1	物件2	物件3
		家屋番号			
		建物の名称			
		種類			
構造					
床面積					
所有者					
使用状況					
抵当権設定の有無	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし		
預貯金・ファンド		1	2	3	
	金融機関名・支店名				
	電話				
	口座種類				
	口座番号				
	口座名義				
	預金金額・残高				
	満期				
	通帳の保管場所				
	キャッシュカードの有無	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	
	キャッシュカード保管場所				
	届出印鑑				
		4	5	6	
	金融機関名・支店名				
	電話				
	口座種類				
	口座番号				
	口座名義				
	預金金額・残高				
	満期				
	通帳の保管場所				
キャッシュカードの有無	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし		
キャッシュカード保管場所					
届出印鑑					

ローン		1	2	3
	借入先			
	電話			
	資金使途			
	借入金額			
	金利			
	借入年月日			
	返済完了年月日			
	返済口座銀行			
	返済口座支店			
	返済口座種類			
	返済口座番号			
	毎月返済日			
	毎月返済金額			
	担保の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	担保物件名			
	保証人の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
保証人名				
残高				
関係書類保管場所				
クレジットカード		1	2	3
	発行会社名			
	カード名			
	電話			
	カード番号			
	有効期限			
	決済日			
	決済銀行口座			
	保管場所			
	届出印			
	家族カードの有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	家族カードの所有者			
		4	5	6
	発行会社名			
	カード名			
	電話			
	カード番号			
	有効期限			
	決済日			
	決済銀行口座			
	保管場所			
	届出印			
家族カードの有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
家族カードの所有者				

退会手続き

	1	2
所属会名称		
連絡先		
会員番号		
住所		
電話		
保証金	<input type="checkbox"/> あり _____円 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり _____円 <input type="checkbox"/> なし
保証金還付	<input type="checkbox"/> あり 還付内容_____ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 還付内容_____ <input type="checkbox"/> なし
会費	<input type="checkbox"/> あり _____円 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり _____円 <input type="checkbox"/> なし
会費支払い方法		
会員証等保管場所		
	3	4
所属会名称		
連絡先		
会員番号		
住所		
電話		
保証金	<input type="checkbox"/> あり _____円 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり _____円 <input type="checkbox"/> なし
保証金還付	<input type="checkbox"/> あり 還付内容_____ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 還付内容_____ <input type="checkbox"/> なし
会費	<input type="checkbox"/> あり _____円 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり _____円 <input type="checkbox"/> なし
会費支払い方法		
会員証等保管場所		

家系

祖父母	私	父方	祖父		
			祖母		
		母方	祖父		
			祖母		
	配偶者	父方	祖父		
			祖母		
		母方	祖父		
			祖母		
両親	私	父			
		母			
	配偶者	父			
		母			
私の代	私				
	配偶者				
	兄弟姉妹	私	続柄 ()		配偶者
			続柄 ()		配偶者
			続柄 ()		配偶者
			続柄 ()		配偶者
		配偶者	続柄 ()		配偶者
			続柄 ()		配偶者
			続柄 ()		配偶者
			続柄 ()		配偶者
子	続柄 ()		配偶者		
	続柄 ()		配偶者		
	続柄 ()		配偶者		
	続柄 ()		配偶者		
	続柄 ()		配偶者		
孫	親 ()	続柄 ()			
	親 ()	続柄 ()			
	親 ()	続柄 ()			
	親 ()	続柄 ()			
	親 ()	続柄 ()			
	親 ()	続柄 ()			
	親 ()	続柄 ()			
	親 ()	続柄 ()			
	親 ()	続柄 ()			

私の人生

名前		生年月日		血液型	
出生地		居住地			
学歴	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
職歴	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
結婚	年 月 日	式場			
家族名前		続柄		生年月日	
家族名前		続柄		生年月日	
家族名前		続柄		生年月日	
家族名前		続柄		生年月日	
家族名前		続柄		生年月日	
嬉しかったこと 楽しかったこと	_____				

悲しかったこと 辛かったこと	_____				

心に残っていること	_____				

その他何でも	_____				

