

自治体提携慶弔共済保険 保険金請求に関する

同意書 兼 委任状

一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会 御中

この度\_\_\_\_\_の死亡に伴う保険金請求については、私、甲\_\_\_\_\_が  
代表受取人となり保険金を請求します。

もし後日、新たな保険金請求権者を含め、他の保険金請求権者により保険金受け取りについて異議の申し立てがあった場合には、当方にて解決します。

また、保険金受領後、新たな保険金請求権者からの請求手続きが正当な場合は、受領した保険金のうち、新たな保険金請求者に支払うべき金額を代表受取人が貴会に返納することに同意します。

20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

甲) 住所

(代表受取人)

氏名

印

乙) 住所

氏名

印

丙) 住所

氏名

印

丁) 住所

氏名

印

戊) 住所

氏名

印

注) 同一順位に保険金受取人が複数名いる場合、亡くなられている方や署名・押印をもらえない人があるケースについては代表受取人はその旨をご記入願います