

記入例

機構 使用欄	整理番号

小

小規模企業共済契約に係る
共済金等の受領に関する代理人選任届

平成 21 年 10 月 1 日

中小企業基盤整備機構理事長 殿

共済金受給権者氏名	押印 (実印)	生年月日	契約者 との続柄	住 所
共 済 一 郎		明治 大昭和 32年 5 月 3 日	長男	〇△県△□市〇□ 5-10-3
共 済 二 郎		明治 大昭和 35年 10 月 6 日	次男	〇△県△□市〇□ 2-6-1
共 済 花 子		明治 大昭和 38年 7 月 5 日	長女	〇△県△□市〇□ 3-3-5
		明治 大昭和 年 月 日		
		明治 大昭和 年 月 日		

(注 1.) 押印欄にはそれぞれ実印を押印し印鑑証明書（発行後3か月以内）1通を添付してください。

(注 2.) 受給権者が未成年のときは、親権者（ご父母）又は後見人がご記入ください。

後見人がご記入のときは、後見人就任の事実が記載してある受給権者の戸籍謄（抄）本と、後見人自身の戸籍謄（抄）本とをそれぞれ1通添付してください。

下記 1. の小規模企業共済契約者死亡に係る共済金については、私どものうち、下記 2. の者をその受領に関し一切の権限を有する代理人と定めましたので、この者にお支払いくださるようお願いいたします。

なお、本件につきわれわれ以外の者が権利を主張した場合、又は異議等の申し出をした場合には、一切われわれが引き受け、貴機構にはいささかも御迷惑をおかけいたしません。

記

1. 共済契約者 契約者番号 1234567-89
住 所 〇△県△□市〇□ 5-10-3
氏 名 共 済 太 郎
2. 代 理 人 住 所 〇△県△□市〇□ 5-10-3
氏 名 共 済 一 郎
共済契約者との続柄 長男

(注) 代理人は、上欄の共済金受給者のなかから1人を選任してください。