

代表受取人(相続人)選任届

〔受取人(相続人) が一人の場合はこの代表受取人(相続人) 選任届の記載は必要ありません〕

加入者 (被 保 険 者)	制 度 名	該当制度に○をつけてください ・ 生命共済 (101) ・ 特定退職金制度 (301) ・ 経営者年金制度 (201) ・ マイライフ (202)															
	顧客番号	81306			事業所番号				事業所名(マイライフの場合は記入不要です)								
	加入者番号				区分				フリガナ				性 別	生年月日	年	月	日
									氏 名				男 女	昭和 平成			

上記制度の保険金・給付金については、下記代表受取人(相続人)を選任し請求します。
ついては、本請求について後日利害関係人から異議の申し出があった場合は、下記受取人(相続人)全員が連帯して責任を負い東京商工会議所および引受生命保険会社には一切ご迷惑をかけません。

代表受取人
(代表相続人)

住所

氏名

被保険者との関係 ()

親権者または後見人氏名

受取人
(相続人)

住所

氏名

被保険者との関係 ()

親権者または後見人氏名

受取人
(相続人)

住所

氏名

被保険者との関係 ()

親権者または後見人氏名

受取人
(相続人)

住所

氏名

被保険者との関係 ()

親権者または後見人氏名

受取人
(相続人)

住所

氏名

被保険者との関係 ()

親権者または後見人氏名

(注) 1. 受取人(相続人)全員の印鑑証明書をご添付ください。ご捺印いただく印は必ず証明書と同一印にて願います。
2. 受取人(相続人)が未成年の場合は、必ず親権者もしくは後見人の自署・捺印願います。

保 険 契 約 者	上記記載事項を確認しました。 東京商工会議所	印
-----------------------	-------------------------------	---