

遺族一時金代表者選任届

施設登録番号	0	9	9	5	登録職員番号	9	9	5	0	0	2	2	年金証書番号	0	0	9	9	9
登録職員であった者 (甲)	氏名		最後に登録職員であった施設団体の名称				最後に登録職員であった施設団体の所在地											
	福祉 良子		健康苑				山口市吉敷下東 3丁目1番1号											
代表受給権者 (乙)	氏名		代表受給権者の住所				給付対象											
	福祉 次郎		山口市吉敷3325番地				①. 遺族一時金 ②. 未支給給付分											

上記代表受給権者が、遺族一時金の給付請求および受領についての代表者となりましたので、遺族全員連署のうえお届けします。
 なお、このことについて万一事故が生じた場合は、当方において一切の責めに任じます。

平成 25年 4月 5日

公益財団法人 山口県健康福祉財団理事長 様

届出者
(乙)

住所 **山口市吉敷3325番地**

氏名 **福祉 次郎**

(福祉)印

甲との

続柄 **子**

住所 **山口市大手町×丁目△△△**

氏名 **山口 和子**

(山口)印

甲との

続柄 **子**

住所 **東京都大田区〇〇5丁目×-××**

氏名 **福祉 一男**

(福祉)印

甲との

続柄 **子**

住所

氏名

印

甲との

続柄

(ご注意) 1. 届出者の印は印鑑証明書と同一の印により押印してください。