

委任状

※ 太枠内を全てご記入ください。

記 号		番 号		被保険者 氏 名	
--------	--	--------	--	-------------	--

代理人（委任される方）

フリガナ	ヤマトグループケンコウホケンクミアイ	本人との 関 係	保 険 者
氏 名	ヤマトグループ健康保険組合		

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

ご本人（委任する方）				令和 年 月 日			
基礎年金番号				—			
老齢年金受給の有無	有 ・ 無		遺族年金受給の有無	有 ・ 無			
障害年金受給の有無	有 ・ 無		共済年金受給の有無	有 ・ 無			
基金受給の有無	有 ・ 無		個人年金受給の有無	有 ・ 無			
フリガナ				配偶者の有無		有 ・ 無	
氏 名 (ご家族の方)	(旧姓)			生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成	年 月 日	
住 所	〒 —			電話： ()			
委任する 内 容	以下について、代理人に交付を希望する。 ・老齢年金の見込額について【60歳、定額発生時、65歳】 (制度共通年金見込額照会回答票発行も含め) ・老齢年金、遺族年金、障害年金、共済年金、基金についての受給 有無を別紙にてご回答願います。 ・年金に関するデータの交付について						