

代表受給者に関する届書

年 月 日

社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会長 様

代表受給者

住 所

氏 名

印

このたび熊本県民間社会福祉事業従事者退職共済事業よりの遺族一時金の受給に関し、私が代表受給者になることについて、下記のとおり同順位者全員の同意を得ましたのでお届けします。

なお、私が代表受給者として支給を受けたことにより紛糾が生じましても、一切当方にて解決し、貴協議会には決してご迷惑をおかけいたしません。

記

1. 死亡した加入者 加入者番号 _____ 氏 名 _____

2. 同 順 位 者

氏 名	印	死亡者との 続 柄	住 所

一時金を受け取る遺族が同順位のため2人以上になったときは、この書類を提出して下さい。