

誓約書
(代表受取人選定に関する申出書)

令和
平成

(様式 18-②)

年 月 日

公益社団法人 東京都教職員互助会理事長 殿

(代表受取人) (代表受取人が支払請求書の受取人となります)

代表受取人	フリガナ _____	(被保険者との続柄)
	氏名 _____	印 _____

被保険者 _____ が加入していた公益社団法人東京都教職員互助会医療互助事業に関する下記事項について、受取人全員の協議により代表受取人が決まりましたので、上記代表受取人に全額支払ってください。

万一、利害関係人から異議の申立がある場合には、受取人全員で責任をもって解決します。

なお、公益社団法人東京都教職員互助会が保険金の請求に伴って、本帳票ならびに添付書類に記載された個人情報（以下、個人情報）を、本保険の事務手続きのため使用し、公益社団法人東京都教職員互助会が保険契約を締結する生命保険会社（共同取扱会社を含みます。以下同じ。）へ提出されることに同意します。また、生命保険会社が受領した個人情報を、この保険契約の支払査定、各種保険契約の引受・支払査定を含む生命保険制度の健全な運営のために利用し、契約者、他の生命保険会社および再保険会社・委託先事業会社に上記目的の範囲内で提供することに同意します。引受保険会社は、今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されることに同意します。

記

1. 特別弔慰保険金の請求・受領
2. 脱退一時金の請求・受領

ダウンロード不可

代表受取人	フリガナ _____	(被保険者との続柄)
	氏名 _____	印 _____
フリガナ _____	都道府県 _____	
受取人	フリガナ _____	(被保険者との続柄)
	氏名 _____	印 _____
フリガナ _____	都道府県 _____	
受取人	フリガナ _____	(被保険者との続柄)
	氏名 _____	印 _____
フリガナ _____	都道府県 _____	
受取人	フリガナ _____	(被保険者との続柄)
	氏名 _____	印 _____
フリガナ _____	都道府県 _____	

- [ご注意]・受取人の欄は、必ず各受取人ご本人様でご記入・押印ください。
・受取人の確認のため、戸籍抄本と印鑑証明書を各 1 通ずつご提出ください。(発行後 3 ヶ月以内)。
・印鑑は印鑑証明書の印を押印ください。