

共済金の受取人が請求できない場合、代理人を立てて請求する場合に使用します。

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中  
 (都道府県子連・指定都市子連へ提出)

委 任 状

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、下記の共済金の請求及び受領に関する一切の権限を委任いたします。  
 なお、全国子ども会安全共済約款第26条(共済金の支払時期)第2項の適用にあたっては、上記代理人への支払いをもって共済金支払とすることに同意いたします。

- 1. 全国子ども会安全共済会約款に基づき支払われる共済金の請求及び受領
- 2. 事故発生日            令和     年     月     日
- 3. 共済金の種類        医療共済金    死亡共済金    後遺障害共済金
- 4. 被共済者名            \_\_\_\_\_
- 5. 被共済者住所         \_\_\_\_\_

令和    年    月    日

委任者住所 \_\_\_\_\_

委任者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

被共済者との関係( 本人・親権者・里親・その他 )

〈個人情報の取り扱いについて〉

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。  
 また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。