

同意書

(一財) 京都市市町村職員厚生会理事長 様

年 月 日

受給代表者 住 所

氏 名

会員との続柄

貴会から受ける、死亡退会者 _____ にかかる給付金等については、上記の代表者に支払われることを同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

会員との続柄

年 月 日

住 所

氏 名

会員との続柄

年 月 日

住 所

氏 名

会員との続柄

年 月 日

住 所

氏 名

会員との続柄

※氏名は必ず自筆してください