

委 任 状 (年金用)

代理人 (依頼される人)

フリガナ	ライフメイツシャカイホケンロウムシジムショ ミノダ トオル		
氏名	ライフメイツ社会保険労務士事務所 蓑田 透		
住所	〒157-0067 東京都世田谷区喜多見 8-12-18 コスモパレス 電話: 090-4431355 Cosmo-palace, Kitami 8-12-18, Setagaya-ku, Tokyo 157-0067 Japan		

私は上記の者を代理人と認め、年金の加入期間、見込額、請求、支給開始後の年金額に関する情報開示、その他各種諸手続きについて権限を委任します。(年金に関するデータは代理人に交付を希望します)

本人情報 (依頼する人)

(依頼日: 年 月 日)

フリガナ												
氏名 (漢字)	(旧姓:) 印											
生年月日												
住所												
本籍地												
婚姻年月日												
国籍	1: 日本 2: それ以外 (_____ : _____年__月取得)											
基礎年金番号					—						年金コード	1 1 5 0
就労情報	1) 会社名: 所在地: 期 間:											
	2) 会社名: 所在地: 期 間:											
	3) 会社名: 所在地: 期 間:											

電話番号: _____

E-mail: _____

サイン: _____