

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 蓼田 透
住 所	〒157-0067 東京都世田谷区喜多見 8-12-18-E1 8-12-18-E1 Kitami, Setagaya-ku, Tokyo 157-0067 Japan 電話: 070-5550-0750

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： _____