

共済金受取人指定届

私は、加入している国公共済会の生命(基本・特約)共済、団体生命共済、医療共済、交通災害共済の死亡共済金受取人を下記の者にすることを届け出ます。

20 年 月 日

所属単位共済会

加入者番号

共済契約者氏名

印

記

指定死亡共済金受取人

共済契約者との関係

氏名

指定死亡共済金受取人署名捺印欄

20 年 月 日

私は 殿 の死亡共済金受取人になることを届け出ます。

住所 〒

生年月日 年 月 日

氏名

印