

合 算 用

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

共済契約者による合算制度利用申出手続きに係る委任状

受任者 (勤めていた先)	住所
	共済契約者名

私は、社会福祉施設職員等退職手当共済法で規定する退職手当共済契約に基づき、合算制度利用申出を行うにあたり、上記の者を代理人と定め、合算制度利用申出書の作成及び提出、合算制度利用申出に関する問い合わせに対する対応、訂正、取り下げ、その他これに関する一切の権限を委任します。

年月日	年 月 日
委任者 (退職者)	住所
	氏名

※合算制度利用申出事務を共済契約者（勤めていた先）に委任する場合には、上記委任状に必要事項を記入し、合算制度利用申出時に共済契約者が退職共済システムへアップロードしてください。

※必ず委任者（退職者）本人が自署してください。