

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

所属の市区町村等子連に提出願います。

被共済者の死亡日

同意書

代表相続人の名前

令和 ○ 年 8 月 5 日 湯島 小梅 様が死亡したことにより、全国子ども会安全共済会約款に基づいて、今回支払われる共済金は、代表相続人 湯島 実 様に全額が支払われることに同意いたします。

つきましては、後日他から苦情が出たとき、また貴会において支払いの義務のないことが判明したときは、共済金受取人および私どもが連帯して一切の責を負い貴会にご迷惑をお掛けいたしません。

令和 ○ 年 9 月 15 日

以下代表相続人、同意人(その他の相続人)全員の記入・押印をお願いします。

(代表相続人)

住所 子ども県文京市小石川1-1

氏名

湯島 実

印

被相続人との続柄

父親

(同意人)

住所 子ども県文京市小石川1-1

氏名

湯島 奈穂子

印

被相続人との続柄

母親

(同意人)

住所

氏名

印

被相続人との続柄

(同意人)

住所

氏名

印

被相続人との続柄

(同意人)

住所

氏名

印

被相続人との続柄

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。