**法定代理人（成年後見人等）申出書**

岡山県病院企業年金基金　御中

|  |  |
| --- | --- |
| 作 成 日 | 年　　 月　　　日 |

**１．代理・後見をしている方についてご記入ください**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給権者番号 |  | 加入者番号 |  | 基礎年金番号 | 　　　　　 －　 |
| フリガナ氏　名 |  | 性 別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 大正昭和平成 | 　　年　 月 　日 |
|  |
| 住　　所 | （固定電話）　　　　-　 　　　-　　　　（携帯）　　　　-　 　　　-　 |

私は、上記の者の法定代理人（成年後見人等）です。

**２．法定代理人（成年後見人等）についてご記入ください**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏　名（法人名※） |  |
|  |
| 住　所 | （固定電話）　　　　-　 　　　-　　　　（携帯）　　　　-　 　　　-　 |
| 添付書類 | １．法定代理人（成年後見人等）の本人確認書類（詳しくは裏面にてご確認ください）２．法定代理人（成年後見人等）であることを証明する以下の書類のうち、下記のア又はイのいずれか１つを提出してください。（いずれも提出日から6か月以内に発行されたもの）ア．法務局が証明する登記事項証明書イ．後見開始の申し立てを受け、家庭裁判所が発行した「審判書の謄本」および「審判確定証明書」※郵送の場合は写しで可。原本を提出いただいた場合は、確認後に郵送にてお返しいたします。 |

※法人の場合は、担当者氏名も併せてご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基金処理欄 | 処理年月日 | 常務理事 | 事務長 |  | 係 |
|  |  |  |  |  |

【送付先・お問合せ先】

〒700-0901　岡山市北区本町6-36第一セントラルビル5階

岡山県病院企業年金基金 TEL ０８６－２２３－５９４５

Ｉ002

**○ 本人確認書類として下記のコピーを添付ください。**

|  |
| --- |
| **本人確認書類**（有効期限が設けられているものはその期限内のもの） |
| **１つで足りるもの** | ◦運転免許証又は運転経歴証明書 |
| ◦マイナンバーカード（表面のみ）又は住民基本台帳カード（顔写真付き） |
| ◦旅券（パスポート） |
| ◦障害者手帳（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳） |
| ◦在留カード又は特別永住者証明書 |
| 上記以外の官公署が発行した免許証・許可証もしくは資格証明書等（顔写真付き） |
| **２つ以上必要となるもの**（複数の◦の組合わせが必要です） | ◦被保険者証（国民健康保険・健康保険・船員保険・後期高齢者医療・介護保険・共済組合）※「記号」「番号」「保険者番号」「QRコード」をマスキングし、見えないようにしてください。 |
| ◦年金手帳又は基礎年金番号通知書 |
| ◦公的年金に係る年金証書 |
| ◦当基金の加入者証・年金証書  |
| ◦住民基本台帳カード（顔写真なし） |
| ◦各種医療受給者証 |
| ◦生活保護受給者証 |
| ◦児童扶養手当証書・特別児童手当証書 |
| 上記以外の官公署が発行した免許証・許可証もしくは資格証明書等（顔写真なし） |