**共済事業部会　退部金・死亡共済金・特別弔慰金**

**受領者届**

岡山県歯科医師会長　殿

私に対する退部金・死亡共済金・特別弔慰金の受領者を下記の通り定めたのでお届いたします。

【指定受領者】※尚、指定受領者が死亡等の場合は法定相続人へ支払い下さい

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 退部金・死亡共済金・特別弔慰金の受領者を指定し、順位は次のとおりとする。 | | | |
| 順　位 | フリガナ | 生年月日 | 続　柄 |
| 氏　名 |
| １ |  | 年　 　月　 　日生 |  |
|  |
| ２ |  | 年　 　月　 　日生 |  |
|  |
| ３ |  | 年　　 月 　　日生 |  |
|  |

届出日　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所属地区歯科医師会 |  |
| 会員氏名 | ㊞ |