

\*必ずすべて委任者が記入すること

\*The mandatory must fill out this form in person

Date

2021年12月08日

## 委任状

POWER OF ATTORNEY

受任者 Attorney

氏名 Name	いのうえ社会保険労務士事務所 特定社会保険労務士 井上 達也 INOUE Lablor and Social Security Attorney Office, Tatsuya Inoue
住所 Adress	183-0053 東京都府中市天神町1-1-84 C903 C903 1-1-84, Tenjin-cho, Fuchu-city, Tokyo, Japan 183-0053
登録番号 Registration No.	No.13190544 (全国社会保険労務士会連合会) Japan Federation of Labor and Social Attorney's Associations
委任者との関係 Relationship	顧客 Client

私は上記の者を代理人と定め、脱退一時金請求手続きに関する一切の事項（下記を含みます）について委任致します。  
また、脱退一時金支給決定通知書等の各種通知、その他照会事項の回答は、上記代理人への交付・送付を希望します。

I, None None (name of the Mandator) hereby appoint the above mentioned as my attorney in regard to the application of Lump-sum Withdrawal Payment Claim procedures, including belows. And I also request all documents including the "Notice of Lump-sum Withdrawal Payment Determination" and answers to all other inquiries should be submitted/sent to the above Attorney.

・年金（脱退一時金）の請求 All procedures in regard to Lump-sum Withdrawal Payment Claim

・年金加入期間等の記録、見込額等に関する各種照会

All inquiries of the records of pension including enrollment periods and of the estimated amount etc.

・各種再交付の手続き All procedures of reissuance of the necessary documents

・その他 Others 【

】

委任者 Mandator

基礎年金番号 Basic Pension Number	None-None		
氏名 Full Name	None None	旧姓 Maiden Name	
生年月日 Date of Birth	None	性別 Sex	None
現在の住所 Current Address	None	国 Country	None
離日前の住所 Last Address before Leaving Japan	None None		
電話番号 Phone Number	Country No. ( ) None		
委任者の署名 Signature of the Mandator	None None		