

保険金支払再審査委員会 行

## 委任状 兼 代理人確認書

代理人住所： \_\_\_\_\_

代理人氏名： \_\_\_\_\_

代理人連絡先： \_\_\_\_\_

上記の者を代理人として、委任内容に関わる手続きの権限を委任します。

証券（加入者）番号もしくは保 険金請求書類のご照会番号  (フリガナ)	
本人（委任者）の氏名	
代理人への委任内容	保険金不払に関する異議申立および再審査の依頼
本人（委任者）*が申立 できない理由	

\*ここでいう本人（委任者）は、異議申立の申請者で保険契約者、被保険者その他保険金請求権を有する方が該当します。

記入日                      西暦                      年                      月                      日

本人（委任者）住所： \_\_\_\_\_

本人（委任者）氏名： \_\_\_\_\_ 印

本人（委任者）連絡先： \_\_\_\_\_