

死亡弔慰金請求書

東京都私的病院厚生年金基金 御中

平成 年 月 日提出

加入者	加入員番号		勤務先		
	氏名			死亡年月日	平成 年 月 日
	取得年月日	昭和 年 月 日	喪失年月日	平成 年 月 日	
請求者	フリガナ				死亡者との続柄
	氏名				1. 配偶者 3. 父母 2. 子 4. 埋葬者
	住所	〒 () 日中の連絡先 () 電話 ()			
振込先	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協	支店名	本店	
	預金種目	普通(総合)・当座	口座番号		
	フリガナ				
	名義				
事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 所在地 名称 事業主氏名 (印)				

※事業主の証明が受けられない時は、死亡日及び遺族関係を証明する書類を添付して下さい。

[基金使用欄]

死亡弔慰金支給決議書

同年月日	平成 年 月 日
支給年月日	平成 年 月 日
支給額	¥

決裁	常務理事	事務長	係