

繰 下 げ 者 死 亡 届

近畿化粧品企業年金基金理事長 宛

令和 年 月 日提出

※この届出書は楷書でご記入下さい。

届 出 者	①	フリガナ			② 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	
		氏名								
	③ 加入者との続柄					④ 電話番号	— —			
	⑤	郵便番号				—				
		フリガナ								
住所										

死 亡 者	⑥	フリガナ			⑦ 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
		加入者 氏 名							
	⑧ 性 別	男 ・ 女			⑨ 死亡年月日	平成 令和	年	月	日
	⑩ 加入者番号		備 考						

【添付書類】

- ・近畿化粧品企業年金基金の加入者証（原本）
※紛失した場合、この届出の余白部分にその理由を明記のうえ署名して下さい。
- ・繰下げ者の死亡を確認できる書類

〔ご注意〕

この届出は、繰下げ者が死亡されたとき、その遺族の方が提出して下さい。

※ 基 金 記 入 欄									
繰 下 げ 者 死 亡 届 決 議 書									
起 案	令和	年	月	日	決 定	令和	年	月	日
本件を処理してよろしいか。		常務理事	事務長	課長	係長	係			