

死亡弔慰金請求書

近畿化粧品企業年金基金 御中

死 亡 者	加入者番号	0	0	0	0	0	0	0							性 別
	フリガナ													男・女	
	氏 名														
	生 年 月 日	昭和・平成				年		月		日生					
	死亡年月日					年		月		日					
請 求 者	フリガナ													死亡者との続柄	
	氏 名														
	フリガナ														
	住 所	〒													
		Tel ()													
	振 込 先	金融機関名	[]銀行・農協・金庫[]支店・本店												
		預金の種類	普通・当座				口座番号[]								
フリガナ															
	口座名義														
事 業 主 証 明 欄	上記記載事項並びに死亡者と請求者が死亡当時生計を同じくしていたことを証明します。														
	年 月 日 事業所名称 事業主氏名														

(注)振込先につきましては、請求者の方の銀行口座等をご記入ください。

※基金記入欄									
死 亡 弔 慰 金 支 給 決 定 決 議 書									
起 案		年 月 日			決 定		年 月 日		
本件支給決定してよろしいか。					支給決定金額		¥		
常務理事	事務長	課 長	係 長	係	資 格 確 認				
					資格取得年月日		年 月 日		
					資格喪失年月日		年 月 日		
					加入者期間		年 ヶ月		