

弔 慰 金 請 求 書
受 領 書

加入者	①企業年金基金加入者番号		フリガナ			
			②氏名			
	③生年月日		昭和 平成	年 月 日	④性別	男 ・ 女
死亡者	⑤氏名		⑥生年月日		昭 平 令 年 月 日	
	⑦性別	男 ・ 女	⑧加入者との続柄		⑨死亡者が被扶養者であったか (無の場合は支給できません)	
	⑩死亡年月日		令和		年 月 日	
弔埋 慰金を 受けた る遺 族	⑪氏名					
	⑫住所					
	⑬生年月日		昭 平		年 月 日	
	⑭死亡者との続柄					
<p>死亡診断書 上記のとおり相違ないことを 戸籍謄本 により確認し、弔慰金を請求します。 住民票</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>名古屋薬業企業年金基金 理事長 殿</p>						
<p style="text-align: center;">受 領 書</p> <p>一 金 五 千 円 也</p> <p>上記金額を受領しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>名古屋薬業企業年金基金 理事長 殿</p>						
弔慰金に 該当した 加入者への 振込先 及び ご案内先	振込先 (ご本人の名義口座以外への振込はできません。ご注意ください。)					
	銀行・信金・信組 農協・労金				本店・支店 その他の名称 ()	
	口座種別及び番号	普通・その他() No.			口座名義	
	ご 案 内 先					
〒 -						

(注) 受領月日は事前に記入しないでください。

担当者 氏名