

交 通 傷 害 見 舞 金 請 求 書  
受 領 書

傷 害 を 受 け た 加 入 者	①企業年金基金加入者番号	
	フリガナ	
	②加入者の氏名	
	③加入者の住所	
交 通 傷 害 及 び 入 院 の 状 況	④交通傷害の日時	
	⑤交通傷害の場所及びその状況	
	⑥傷病名	
	⑦入院した病院の名称及び住所	
	⑧入院した期間及び日数	自 年 月 日 至 年 月 日 の日間

上記のとおり相違ないことを確認したので、交通傷害見舞金を請求します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

名古屋薬業企業年金基金 理事長 殿

受 領 書

一 金 貳 萬 円 也  
壹 萬 円 也

上記金額を受領しました。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

名古屋薬業企業年金基金 理事長 殿

見舞金に 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