

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