

(様式第2号)

# 死亡弔慰金請求書

和歌山県病院企業年金基金理事長 殿

平成 年 月 日 提出

死亡した加入員の	加入員番号		請求者	住所	〒 -
	氏名			フリガナ	
				氏名	⑩
勤務していた事業所		所在地			
		名称			
死亡した年月日	平成	年	月	日	
死亡した加入員の続柄	1. 配偶者		2. 子		
	3. 父母		4. 埋葬を行なった者		

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。				
	平成 年 月 日				
	事業所所在地				
	事業所名称				
	事業所主氏名				
	⑩				

委任欄	本請求に基づく給付金の受取を代理人に委任します。				
	平成 年 月 日				
	住所 〒 -				
	請求者 氏名				
	⑩ 連絡先 TEL ( ) -				
	代理人の氏名	⑩	代理人の住所	〒 -	連絡先 TEL ( ) -

振込先	信用金庫 支店		1. 普通 (総合) 預金	
	銀行		2. 当座	
	フリガナ			
	名	義	口座No.	

<h2>死亡弔慰金支給決議書</h2>				
下記のとおり死亡弔慰金を支給してよろしいか。			決裁年月日	
加入員期間	1. 5年未満		2. 5年以上	
支給決定額	円			
支払年月日	平成 年 月 日			
		平成	年	月 日
		常務理事	会計	係員