

死亡弔慰金請求書

(様式3号)

| | | | | | | | |
|--|---|-----|----|---------|-------|-------|--|
| 亡くなられた方 | 氏名 | | | 加入者番号 | | | |
| | 死亡した年月日 | | | 生年月日 | 昭和 | 年 月 日 | |
| | 勤めていた事業所名 | 名称 | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | |
| 請求される方・委任状 | 氏名 | ⑩ | | 死亡者との続柄 | | | |
| | 住所 | | | | | | |
| | 上記弔慰金の受領を事業主（病院名）に委任します。 年 月 日 請求者氏名 ⑩ | | | | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 （事業所）名称 所在地 （事業主）氏名 ⑩ | | | | | | |
| 事業主の方 | 振込先銀行名 | 銀行 | 支店 | 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | 口座名義 | | | 備考 | | | |
| 年 月 日 上記のとおり請求します。 鹿児島県病院企業年金基金理事長 殿 | | | | | | 受付印 | |

※請求者は委任状欄を記入・押印し、振込先は事業主の口座を指定してください。

| | | | | | | |
|-------|-------|----------|------|-----|----|----|
| 支給決議書 | 支給年月日 | 年 月 日 | 決 裁 | | | |
| | 支給金額 | ¥20,000円 | 常務理事 | 事務長 | 職員 | 備考 |
| | | | | | | |