

# 老齢給付金受給権者死亡届

届出日 年 月 日

鹿児島県病院企業年金基金規約に基づき、下記のとおり老齢給付金受給権者死亡の届出をいたします。

|             |        |                    |   |       |           |       |     |
|-------------|--------|--------------------|---|-------|-----------|-------|-----|
| 届<br>出<br>者 | フリガナ   |                    |   |       | 死亡した者との続柄 |       |     |
|             | 氏名     |                    |   |       |           |       |     |
|             | 生年月日   | 昭和・平成              | 年 | 月     | 日 (満 歳)   | 性別    | 男・女 |
| 者           | フリガナ   |                    |   |       |           |       |     |
|             | 住所     | (〒 - ) TEL ( - - ) |   |       |           |       |     |
| 死<br>亡<br>者 | 最終事業所名 |                    |   | 受給者番号 |           |       |     |
|             | フリガナ   |                    |   |       |           | 性別    | 男・女 |
|             | 氏名     |                    |   |       |           |       |     |
|             | 生年月日   | 昭和<br>平成           | 年 | 月     | 日         | 死亡年月日 |     |

|      |  |
|------|--|
| 添付書類 | 1. 死亡した者の死亡を明らかにすることができる書類 (医師の死亡証明書等) |
|------|--|

|      |     |  |  |     |     |
|------|-----|--|--|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 |  |  | 担当者 | 受付日 |
|      |     |  |  |     |     |