

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 出 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 亡 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 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