

(様式第5号)

死亡弔慰金請求書

長野県病院企業年金基金 理事長 殿

死亡した加入者氏名		加入者番号	
死亡年月日		年 月 日	死亡の原因
請 求 者	氏 名	Ⓜ	
	住 所	〒 電話 : ()	
	死亡した加入者 との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 葬儀を行った者	
事 業 主	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	年 月 日	事業所所在地 事業所名称 事業主名	Ⓜ

※決 議書	常務理事		係	伺年月日	
				送付年月日	
				受領書確認	
	支給額	¥		台帳記入	