

(第4号様式)

厚生年金基金

請求書
弔慰金受領

加入員	厚生年金基金加入員番号		C	D	フリガナ	
					氏名	
	健康保険被保険者証の番号		生年月日	明・大・昭・平	性別	男・女
死亡者	死亡者氏名		死亡者の生年月日	明・大・昭・平	性別	男・女
	加入員との続柄		死亡者が健康保険の被扶養者であったか	有・無	死亡年月日	平成
弔慰金を行った遺族	氏名					
	住所					
	生年月日		明 大 昭 平 年 月 日			
	死亡者との続柄					
<p>請求書</p> <p>上記のとおり相違ないことを 平成 年 月 日</p> <p>事業所所在地 事業所名称 事業主氏名印</p> <p>名古屋薬業厚生年金基金理事長 殿 印</p> <p>死亡診断書 戸籍謄本 住民票</p> <p>により確認し、弔慰金を請求します。</p>						
<p>受領書</p> <p>一金五千元也</p> <p>上記金額受領しました。 直ちに上記受給該当者に手交します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>事業所所在地 事業所名称 事業主氏名印</p> <p>名古屋薬業厚生年金基金理事長 殿 印</p>						
(注) 受領月日は事前に記入しないでください。			年金委員(又は取扱者) 氏名印			