

(第6号様式)

厚生年金基金

交通傷害見舞金請求書
受領

厚生年金基金加入員番号		C	D
傷害を受けた加入員	健康保険証番号		
	フリガナ		
	加入員の氏名		
	加入員の住所		
交通傷害及び入院の状況	交通傷害の日時		
	交通傷害の場所及びその状況		
	傷病名		
	入院した病院の名称及び住所		
	入院した期間及び日数	自 平成 年 月 日	日間
至 平成 年 月 日			
上記のとおり相違ないことを確認したので、交通傷害見舞金を請求します。 平成 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名印 印 名古屋薬業厚生年金基金理事長 殿			
受領書 一金 貳萬円也 壹萬円也 上記金額受領しました。 直ちに受給該当者に手交します。 平成 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名印 印 名古屋薬業厚生年金基金理事長 殿			
(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	