

会 員 者 死 亡 弔 慰 金 請 求 書
配 偶 者
被 扶 養 者

請 求 金 額	一金 円也		
加 入 者 番 号	法人番号 () 事業所番号 () 加入者番号	加入年月日	年 月 日
職 氏 名			
死 亡 者	氏 名 会員との続柄 年 月 日生		
死 亡 年 月 日 原 因	年 月 日死亡		
被 扶 養 者 第 1 順 位 者	(〒) 住 所 氏 名		
事 業 主 の 証 明 印	死亡したことを証明する。 (〒) 施設又は団体等の 住 所 事 業 主 名 印		
上のとおり死亡したので、死亡弔慰金を請求します。 年 月 日 住 所 (〒) 氏 名 印 ・ 銀行 支店 普 口座番号 ふりがな 本人名義 ※ふりがなは必ずして下さい。 一般財団法人 秋田県民間社会事業福利協会理事長 殿			
備 考	戸籍抄本又は戸籍記載事項証明書若しくは死亡診断書を添付すること。		