

会 員
配 偶 者 死 亡 弔 慰 金 請 求 書
親 族

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	年 月 日死亡		
原 因			
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 本人名義 ※ふりがなは必ずしてください。			
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	親族とは一親等内血族。 本人死亡の場合は死亡診断書を複写したものを添付すること。 配偶者・親族死亡の場合は、戸籍謄本及び死亡診断書の複写したものを添付すること。 特に親族死亡の場合、亡くなった方と戸籍が別々の場合は会員の戸籍謄本又は抄本。		