（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

<table>
<tr><td colspan="2">死亡した加入者氏名</td><td colspan="2"></td><td>加入者番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">死亡年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">請求者</td><td>氏　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒<br><br>電話　：　　（　　）</td></tr>
<tr><td>死亡した加入者との続柄</td><td colspan="2">☐ 配偶者<br>☐ 子<br>☐ 父母<br>☐ 葬儀を行った者</td><td colspan="2">【加入者期間】<br>6カ月以上3年未満　20,000円<br>3年以上　5年未満　30,000円<br>5年以上　50,000円</td></tr>
<tr><td>事業主</td><td colspan="5">上記のとおり相違ないことを証明します。<br><br>年　　月　　日<br><br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主名　　㊞</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">※決議書</td><td>常務理事</td><td></td><td>係</td><td>伺年月日</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>送付年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>受領書確認</td><td></td></tr>
<tr><td>支給額</td><td colspan="2">￥</td><td>台帳記入</td><td></td></tr>
</table>