

死亡弔慰金請求書

事業所番号		加入者番号	
事業所名		加入者氏名	
代表者名			

死亡弔慰金	5	0	0	0	0	円
-------	---	---	---	---	---	---

上記の死亡弔慰金を請求致します。

死亡に関する証明

故人名		続柄	
死亡日時	年 月 日 午(前・後) 時 分		
葬儀日時	年 月 日 午(前・後) 時 分		
<input type="checkbox"/> 加入者は上記故人と一親等以内の親族であり、同居していたことに間違いありません。			

※死亡弔慰金の給付は1人につき1年間(12月1日～翌年11月末日)に1回を限度とします。

請求の際には下記証明書の原本又はその写しを添付して下さい。

※亡くなられた日から3年以内が本制度の請求対象となります。

※加入者と同居の一親等以内の親族が死亡された場合に限りです。

添付書類(添付書類にチェックしてください)

戸籍謄本 戸籍抄本 死亡診断書 その他亡くなられた日が証明できる書類

上記記載事項が事実と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

中津川商工会議所共済会 御中

所在地 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

【商工会議所使用欄】

支給要件の確認	専務理事	事務局長	事務局次長	相談所長	会議所受付	アクサ生命受付
1回目の請求						
証明書類確認						

(お知らせ)

1. 中津川商工会議所ふれあい共済はアクサ生命保険(株)を引受会社とする定期保険(団体型)と中津川商工会議所が独自に実施する見舞金・祝金・弔慰金制度で構成されています。
2. 本請求書に記載された個人情報、お祝金・お見舞金・弔慰金支払の可否判断を含む給付金支払手続きにのみ利用します。
3. 本制度のご請求に関する事項については、当所ホームページに掲載の中津川商工会議所「見舞金・祝金・弔慰金制度」規程をご確認ください。