

(弔慰様式第1号)

弔 慰 金 請 求 書

平成 年 月 日

公益社団法人山形県社会福祉振興会長 殿

経営者住所

経営者名称

代 表 者
職 氏 名

㊟

下記のとおり、死亡弔慰金を請求いたします。

記 記

請求金額	一金	円也
職 員 (死亡者)		
氏 名		
住 所		
死亡年月日	年 月 日	死 因
加入年月日	年 月 日	加入年数
名 称		年 月
住 所		
加入年度	加入年度	加入番号
経 営 者	銀行 信用金庫 協同組合	普通 当座 支店 支所 口 座 名 義
振 込 先		普通 NO.