

受	付	印	支	給	年	月	日	年	月	日	常務理事		係
			支	給	金	額							
			確	認									
			支	給							備	考	

神奈川県医療福祉企業年金基金理事長 殿

死亡弔慰金請求書

(様式第1号)

事業主	加入者番号		請求者氏名	(印)								
	亡くなられた方 (加入者であった方)		請求者の死亡者との続柄									
	加入者資格 取得年月日	昭 平 令	年	月	日	加入者期間	3年未満	3年以上 10年未満	10年以上			
	死亡年月日		年	月	日							
の証明	上記のとおり相違ないことを証明します。(事業所番号											
	年		月		日							
	事業所所在地			事業所名称			事業主氏名			(印)		
委任状	* 必ず記入してください *											
	上記、死亡弔慰金の受領を事業主(事業主名)											
	に、委任します。											
年		月		日		委任者氏名(請求者)					(印)	
振込先金融機関名 (事業所の取引金融機関)			銀行 信用金庫 信用組合									店
口座種別			普通・当座			口座番号						
口座名												
現金書留を希望する場合の担当者氏名												

*** 請求者本人の口座には振込はできませんので、事業所の口座をご記入くださいますようお願いいたします。**

(死亡弔慰金)

第3条 加入者が在職中に死亡したときは、その者の遺族に死亡弔慰金を支給する。

2 前項の死亡弔慰金の支給要件及び支給金額は次のとおりとする。

加入者期間 3年未満 20,000円

加入者期間 3年以上10年未満 30,000円

加入者期間 10年以上 50,000円

* 加入者期間については、在職中の事業所で、継続した加入者期間によるものとする。

(遺族の範囲)

第4条 この規程による遺族とは、加入者であった者の二親等以内の親族(配偶者、子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹)であって、加入者の死亡当時加入者と生計を同じくしていた者とする。

2 死亡弔慰金を支給される者は、前項遺族のうちの一に限り、この順位は配偶者以下前項に掲げた順位とする。ただし、同条に規定する遺族がない場合は、埋葬を行った者に支給する。

(権利の消滅)

第11条 この規定による給付を請求する権利は、その給付事由の発生した日の翌日から起算して2年以内に行使しないときは、時効により消滅するものとする。