繰 下 げ 者 死 亡 届

近畿化粧品企業年金基金理事長 宛

令和　　年　　月　　日提出

※この届出書は楷書でご記入下さい。

届出者	①	フリガナ			② 生年月日	明治 大正 昭和 平成　　年　　月　　日
		氏名				
	③ 加入者との続柄				④ 電話番号	ー　　ー
	⑤	郵便番号	ー			
		フリガナ				
		住所				

死亡者	⑥	フリガナ			⑦ 生年月日	明治 大正 昭和 平成　　年　　月　　日
		加入者 氏　名				
	⑧ 性　別		男　・　女		⑨ 死亡年月日	平成 令和　　年　　月　　日
	⑩ 加入者番号			備　　考		

【添付書類】

・近畿化粧品企業年金基金の加入者証（原本）

※紛失した場合、この届出の余白部分にその理由を明記のうえ署名して下さい。

・繰下げ者の死亡を確認できる書類

〔ご注意〕

この届出は、繰下げ者が死亡されたとき、その遺族の方が提出して下さい。

※ 基 金 記 入 欄

繰　下　げ　者　死　亡　届　決　議　書						
起　案	令和　　年　　月　　日	決　定	令和　　年　　月　　日			
本件を処理してよろしいか。		常務理事	事務長	課長	係長	係