

確定給付企業年金 年金 受給権者死亡届

兵庫県病院企業年金基金 御中

令和 年 月 日 提出

亡くなられた受給権者	氏名	(フリガナ) -----	性別	男 女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生	
	亡くなられた年月日	平成 令和	年	月	日	受給権者番号				
届出者	氏名	(フリガナ) -----	印鑑	Ⓜ	続柄	亡くなられた受給権者の				
	住所	〒				-				
		(フリガナ) -----	都道		市		区			
		府県	郡							
		-----	町		村					
電話番号 ()	-									

ご注意

1. この届出書は、年金の受給者が亡くなられたとき、10日以内に、遺族の方が提出してください。
2. この届出書には、亡くなった方の死亡を証明する書類を添付してください。(住民票の除票または死亡診断書のコピー)