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	円

上記の死亡弔慰金を請求致します。

死 亡 に 関 す る 証 明

被 共 済 者 名			
故　人　名		続　柄	
死 亡 日 時	令和　年　月　日　午（前・後）　時　分		
葬 儀 日 時	令和　年　月　日　午（前・後）　時　分		

上記記載事項が事実に相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

事業所所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事 業 所 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

中津川商工会議所 共済会　御中　　代 表 者 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※死亡弔慰金の給付は１人につき年１回を限度とし、請求の際には除籍謄本などの証明書類写しの添付により確認する。（但し、被共済者と同居の１親等以内の親族が死亡された場合に限る。）

〔商工会議所使用欄〕

支給要件の確認	専務理事	事務局長	相談所長	総務企画課長	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㈱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祝金・見舞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は、死亡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。

アクサ生命 受　付

2020.1　改訂