**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**…..…………Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne**

**…..…………Sosyal Güvenlik Merkezine**

…………………………….sigorta sicil numaralı (TC. Kimlik No) olarak çalışmakta/ …………………….tahsis numarası (TC Kimlik No) ile Kurumunuzdan gelir/aylık almakta iken …../…../20… tarihinde vefat eden …………….’den dolayı tarafıma cenaze ödeneği ödenmesini arz ederim.

Tarih

Ad Soyad

Ölen Sigortalıya Yakınlığı

 İmza

Adres

Cep Tel