

**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