

死亡退職にかかる給付金 請求書

一般財団法人長崎県教職員互助組合理事長 様

下記のとおり請求します。

請求日 年 月 日

組 合 員	所属名						
	組合員号	0					氏名 (フリガナ)
	互助加入年月日	年	月	日	死 年	月	日

今回請求する 給付金(※) (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 退職慰労金 <input type="checkbox"/> 弔慰金 <input type="checkbox"/> 遺児給付金 <input type="checkbox"/> 積立返戻金
----------------------------	---

(※)各種給付金の内容・算定方法・添付資料については裏面をご確認ください。

◎請求者(遺族)の情報を記入してください。(遺族の順位:①配偶者及び子 ②父母 ③孫 ④祖父母)

請 求 者	氏名	(フリガナ)	組合員との続柄
	住所	〒	※給付金決定通知書等を送付しますので、マンション名・部屋番号までご記入ください。
	連絡先 (TEL)	都道府県	市区郡

※記載事項に不備があった場合には、連絡をすることがありますので、なるべく日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください。

◎組合員の死亡に伴い、互助組合から支払われる給付金等の受取口座を記入してください。

受取口座 (請求者本人名義の 口座を記入)	※ゆうちょ銀行は指定できません	本店 ・ 支店	普通	
	銀行・労働金庫・農協・ 信用金庫・信用組合			

◎組合員に満22歳以下の扶養家族としての子がいるときは、下欄も記入してください。

遺 児	氏名 (生年月日)	年 月 日	年齢	組合員との続柄
	氏名 (生年月日)	年 月 日	年齢	組合員との続柄
	氏名 (生年月日)	年 月 日	年齢	組合員との続柄

互助だより 掲載(※)確認欄	<input type="radio"/> 希望する <input type="radio"/> 希望しない	※組合員のご逝去について、広報誌「互助だより」弔欄に所属・氏名・年齢・ご逝去日を掲載することについての確認です。
-------------------	--	--

