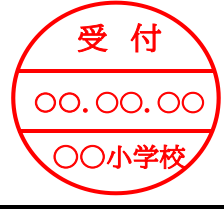


死亡退職にかかる給付金 請求書



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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

組 合 員	所属名	〇〇市立〇〇小学校				
	組合員号	0 1 2 3 4 5 - 6	氏名	(フリガナ) ゴジョ タロウ	互助 太郎	
	互助加入年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	死亡年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		

今回請求する給付金(※) (該当に☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 退職慰労金 <input checked="" type="checkbox"/> 弔慰金 <input checked="" 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) ゴジョ ハナコ	組合員との続柄	
		互助 花子	配偶者	
	住所	〒 8 5 0 - 8 5 6 6	※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(T E L)	095 - 824 - 4721	※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	普通	0 0 0 1 2 3 4
	〇〇 銀行・労働金庫・農協・信用金庫・信用組合	〇〇 支店		

◎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)	互助 一郎 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	年齢	組合員との続柄
			8	長男
	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 checked="" 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。
---------------	---	--

(提出不要ページ)

添 付 書 類	<ul style="list-style-type: none">・ 組合員本人と請求者の続柄を確認できる書類 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">例:住民票の写し・戸籍抄本の写し・火葬許可証明書の写し</div>
---------	--

事業名	事業内容	算定方法
退職慰労金	組合員が、退職等でその資格を喪失したとき給付します。 ※貸付未償還金がある方は、特に申し出がない限り退職慰労金から差し引きます。	互助組合加入から退職までの期間により算定します。
弔 慰 金	組合員が死亡したとき、遺族に給付します。	組合員本人 200,000円
遺 児 給 付 金	組合員が死亡したとき、満22歳までの扶養家族である子がいるとき、遺族に給付します。	1子につき 100,000円
積 立 返 戻 金	組合員が、死亡等で退職互助部への加入資格を喪失したとき給付します。	退職互助部掛金の納付相当額を給付します。

請 求 書 提 出 先 / お 問 合 せ 先	
〒850-8566 長崎市尾上町3番1号 県教育庁福利厚生室内	
一般財団法人長崎県教職員互助組合 宛	TEL:095-824-4721