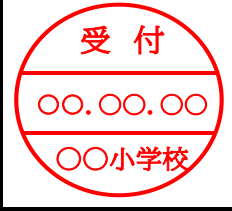


死亡退職にかかる給付金 請求書



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				
	組合員番号	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-退職互助部編-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-退職互助部編-」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。
-----------------------	---	--

