

所属受付日欄

家族弔慰金 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
所属名	請求金額		円
組合員番号	0	氏名	

死亡者氏名(※)	組合員との続柄
死亡年月日	年 月 日

(※)家族弔慰金の対象は扶養家族のみ(事業内容等は裏面を参照ください)

(提出不要ページ)

添付書類	・ 不要
------	------

事業名	事業内容	算定方法
家族弔慰金	組合員の扶養家族が死亡したとき給付します。	配偶者(扶養家族) 100,000円 配偶者以外の扶養家族 30,000円

請求書提出先 / お問い合わせ先

〒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