様式退第12号

弔慰金給付額　（退職組合員期間による）			
1年以内	10万円	4年以内	2万円
2年以内	6万円	5年以内	1万円
3年以内	4万円	5年超	5千円

弔 慰 金 請 求 書

決定額　※記入不要
円

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 。		請求金額	円
退職組合員番号	―	退職組合員となった年月日	年　月　日
死亡者氏名		退職組合員加入配偶者の期間	1　1年以内 2　2年以内 3　3年以内 4　4年以内 5　5年以内 6　5年を超える
死亡年月日	年　月　日		
互助だより掲載確認欄 ☐ 希望しない	広報紙「互助だより」弔欄に退職時所属、氏名、年齢、逝去日を掲載しますので、 希望しない場合は左の欄の ☐ にチェックをお願いします。		

請求者

住　所

〒 ☐☐☐ － ☐☐☐☐

市区郡以降に　フリガナ

都道府県　　市区郡

番号（　　－　　－

フリガナ

氏　名

（自署又は記名）　　（死亡者との続柄　　）

受取口座	1	銀行口座（普通預金）	銀行・労働金庫 農協・信用金庫 信用組合	本店（所） 支店（所）	口座番号	
1 2 のいずれかに ○ 印及び記入（請求者名義）	2	郵便貯金 ゆうちょ銀行	記号		番号	

（添付書類）

市町村の埋火葬許可証の写し又は、死亡診断書等の死亡を確認できるものの写し