

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 5,000 円
退職組合員番号 99999-1	退職組合員となった年月日 昭和 平成 令和 ○年○月○日
死亡者氏名 互助 太郎	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 令和○年 ○月 ○日	
死亡原因 ○○○○○○	互助だより掲載 確認欄 <input type="checkbox"/> 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、希望しない場合はチェックをお願いします。
住 所 〒 850-8566 (市区郡以降にフリガナをつけてください。) 長崎 都道府県 長崎 市区郡 尾上町3-1	電話番号(095-824-4721) フリガナ ゴジョ ハナコ 電話番号は日中連絡が取れる番号をご記入ください。
氏 名 (自署又は記名) 互助 花子 (死亡者との続柄 妻)	
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	番号 17600 番号 12345671
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

(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