

記入例

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					
請求金額					
5,000 円					
一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様	請求金額				
下記のとおり請求します。					
退職組合員番号	12345 - 1	退職組合員となった年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
死亡者名	互助 太郎	退職組合員加入配偶者の期間	1 1年以内		
死亡年月日	令和〇年〇〇月〇〇日		2 2年以内		
互助だより掲載確認欄	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。				
<input type="checkbox"/> 希望しない	掲載を希望しない場合は左の欄の <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。				
請求者	住所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7			
	市区郡以降にフリガナ	ナガサキシ 〇〇マチ			
	長崎 都道府県	長崎 市区郡	〇〇町 3-7		
	電話番号 (〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)				
	フリガナ	ゴジョ ハナコ			
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	
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	12340	番号	87654321

(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