

会 員
 配 偶 者
 被 扶 養 者
 弔 慰 金 請 求 書

(いずれかを○で囲む)

通知区分	所属コード					
0 0						
組合員証番号			職名	会員氏名		
			会員資格 取得 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
死亡者 氏名	会 員				死亡年月日	令和 年 月 日
	被扶養 配偶者				死亡証明	別添のとおり
	被扶養者		続柄		振込先の 銀行名	(請求者が会員以外の場合に記入) 銀行 支店 預金種目(普通・当座)預金 口座番号 No. (ふりがな) 口座名義
上記のとおり請求します。 一般財団法人 岩手県教職員互助会長 様 令和 年 月 日 (〒 -) (Tel - -) 住 所 請求者 (フリガナ) 氏 名 (印) (死亡者との続柄)						
上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。 令和 年 月 日 (〒 -) (Tel - -) 所 属 所 在 地 所 属 所 名 所 属 所 長 職名 氏 名 (職印)						
※ 給付内訳 弔慰金						
		会 員		円		
		配 偶 者		円		
		被 扶 養 者		円		
		給 付 額				円

- (注) 1 死亡証明 … 会員の場合は戸籍謄本(コピー可)、その他の場合は、死亡を確認できる書類(コピー可)を添付してください。
 2 弔慰金対象の配偶者は、被扶養配偶者のみです。
 3 ※印欄は記入しないでください。
 4 任意継続会員は、所属所長欄の記入の必要がありません。