

退職互助部

※ 一金 円					
※ 納入掛金 総額	付加金	計	資格取得 年月日	S H 年 月 日	期 間
円	円	円	資格喪失 年月日	H 年 月 日	年 月
※ 査定の結果、上記のとおり支給額を決定する。					
平成 年 月 日					
<b>弔 慰 金 請 求 書</b>					
請 求 金 額	円	※備考			
会 員 氏 名					
特別会員番号 <small>死亡退職の場合は職員番号</small>		死 亡 原 因	/		
生 年 月 日	明治 大正 年 月 日生 昭和				
死 亡 年 月 日	平成 年 月 日				
<p>上記のとおり会員が死亡しましたので、一般財団法人高知県教職員互助会退職互助部運営及び給付規則実施細則第17条の規定により、埋火葬許可書の写しを添えて弔慰金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">最終所属所 (死亡退職の場合のみ記入)</p> <p style="text-align: center;">〒 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> TEL( ) -</p> <p style="text-align: center;">住 (請求者である遺族) 所</p> <p style="text-align: center;">遺 族 氏 名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">会 員 と の 続 柄 ( )</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人 高知県教職員互助会理事長 様</p>					
振 込 先 (請求者名義)	銀行名	本・支店名	普通預金 口座番号		
	銀行	本店・出張所 支 店			

- i ※印欄は記入しないでください。
- ii 埋火葬許可書の写を添付してください。ただし、届出配偶者 (届出により配偶者医療費補助金の給付対象となっている配偶者、又はご夫婦で特別会員であった者) 以外のご遺族の方が請求される場合は、亡くなられた方との続柄を証明する書類 (戸籍抄本等) を添付してください。