

家族死亡弔慰金請求書

沖縄県教職員互助会 理事長 殿

沖縄県教職員互助会給付規程に基づき家族死亡弔慰金を請求します。

請求金額	千	百	十	円
------	---	---	---	---

会 員 記 入 欄	会員番号	フリガナ	印	(支部記入欄) 加入年月	
		氏名			年 月
	勤務先番号	勤務先			
	振込先 (本人名義に限る) (点線を <input type="text"/> で囲って下さい)		銀行 労金	支店	普通預金 口座番号
	住所		〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	電話番号	
逝去者の氏名		フリガナ	会員との関係 配偶者 子	死亡年月日 20 年 月 日	

上記のことについて相違ないことを証明します。

20 年 月 日

所属団体 _____

所属所長 _____

公印

上記のことについて副申します。

年 月 日

一般社団法人沖縄県教職員共済会 理事長

公印

決 裁 年 月 日				支部受付 受付照査
専務理事	事務局長	事務局次長	係	

冲教済加入

有・無

支 部 受 付

添付書類：戸籍謄本・死亡診断（コピー可）

日付はすべて西暦でご記入下さい。

お願い 訂正の場合は、必ず本人の印でお願いします。（修正液等は使用しないで下さい。）