

弔慰金請求書

給付 コード	所 属 名	会 員 氏 名	死亡年月日		
	所 属 コード	会 員 番 号 (右 詰 め)	年(和暦)	月	日
2 5					

令和7年4月1日改

弔慰金請求金額	100,000 円
---------	-----------

添 付 書 類	(添付した書類に☑を付けてください。)
---------	---------------------

☐ 死亡に関する証明書(コピー可)

☐ 会員と請求者との続柄を証明する書類(コピー可)

☐ 請求者名義の通帳のコピー

☐ 退会給付金請求書(様式第10号)

☐ 振興会会員申告書(様式第1号)

★請求期限
給付事由が生じた日から2年間

★給付内容
会員が死亡したときは、弔慰金を給付します。

★給付額
100,000円

注 会員が死亡した場合に遺族が請求してください。

【個人情報の取扱い】お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

(一財)栃木県教育福祉振興会 理事長 様

〒

住所

氏名

印

続柄 ()

振興会記入欄

※ 給付決定額					
1	0	0	0	0	0

入力者	点検者	振興会受付印
		HP