

弔慰金請求書

和暦

給付 コード	所 属 名 所 属 コード	会 員 氏 名 会 員 番 号 (右 詰 め)	死 亡 年 月 日		
			年(和暦)	月	日
2 5	〇〇〇学校	福祉 太郎	〇〇	〇〇	〇〇
	4 4 0 1 0 0	0 1 2 3 4 5 6			

会員番号は職員番号と同じです。
6ケタの方は頭に「0」を付けてください。

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(一財)栃木県教育福祉振興会 理事長 様

〒 3 2 0 - 0 0 6 6

住所 宇都宮市駒生〇-〇-〇

氏名 福 祉 花 子

福祉

続柄 (妻)

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