

※ 納入掛金額		付加金	計	資格取得 年月日	S H R	年 月 日	期 間			
円		円	円	資格喪失 年月日	H R	年 月 日	年 月			
※ 査定の結果、上記のとおり支給額を決定する。										
弔慰金請求書										
請求金額	20,000 円			※備考						
会員氏名	福利 太郎									
特別会員番号 <small>死亡退職の場合は職員番号</small>	123456									
生年月日	明治 大正 昭和	12 年 7 月 7 日生		死亡原因						
死亡年月日	平成 令和	5 年 5 月 12 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、埋火葬許可証の写しを添えて弔慰金を請求します。</p> <p>令和 5 年 5 月 21 日</p> <p>最終所属所 (死亡退職の場合のみ記入)</p> <p>〒 780-0001 TEL (088) 821-0000</p> <p>住 所 高知市〇〇町1丁目1-1</p> <p>フリガナ 771 ハナコ</p> <p>遺族氏名 福利 花子</p> <p>会員との続柄 ( 妻 )</p> <p>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)	金融機関名		店名		普通預金口座番号					
	〇〇	銀行・信金 農協・労金	△△	本店 支店 支所 出張所	1	2	3	4	5	6

i ※印欄は記入しないでください。

ii 埋火葬許可書の写し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(戸籍等、コピー可)を添付してください。