

弔 慰 金 請 求 書

私は、弔慰金を請求します。

提出日 20 年 月 日

一般社団法人 鹿児島県教職員共助会理事長 様

所 属 所 名 (現職会員のみ記入)				
現 住 所 (継続会員のみ記入)				
フリガナ			会 員 コード	
死 亡 会 員 名				
死 亡 年 月 日	20 年 月 日			
フリガナ			会 員 と の 続 柄	
代 理 人 名			⑩	
所 属 長 証 明	上記の通り相違ないことを証明します。 (所 属 所 名) (職 名) (名 前) 職印			

上記太枠内のみご記入ください。

(給付金の受け取り方)

- ・退会届に記載された口座に送金します。

なお、送金時には、送金通知書をお届けしますのでご確認ください。

(注)

- ・会員に扶養する子がある場合は、10万円を付加します。
- ・記載内容については、共助会が定めた「個人情報保護に関するガイドライン」に基づき適切にとり扱います。

《共助会記入欄》

給 付 率		給 付 金 額					
□ 1 0 0 % □ () %	2 0 年度 弔慰金		150, 000 円				
	① 扶養弔慰金付加あり		円				
		② 扶養弔慰金付加なし		円			
受 付 日			理事長	専 務	常 務	部 長	係
支 払 日							