

死亡弔慰金請求書

職員番号		請求金額	一金 円
死亡者氏名		会員との続柄	
請求事由の内容	共済組合 被扶養者の認定 有 無 同居 有 無	死亡年月日	平成 年 月 日

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

所 属 _____

職 _____ 氏 名 _____ ⑩

財団法人
福井県教職員互助会理事長 様

証 明 書 上記のとおり相違ないことを証明する。 所 属 名 _____ 所 属 長 名 _____	互助会受付印 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: auto; text-align: center;">公印</div>
---	---

振 込 銀行名	福 井 銀 行	本 店			口 座 番 号	預 金 者 名 義
	銀 行 コード	0147	支 店 コード			フガナ

- 備 考
1. この請求書には、生計を一にしている親族が死亡したとき、死亡者と請求者の関係（続柄）、住所が同じであることを明示する**戸籍謄本および住民票と除票**を添付してください。
 2. 共済組合の被扶養者に認定されている場合は、同居でなくても請求できます。
 3. 死亡日より1年以内に請求してください。
 4. 振込銀行は必ず請求者本人の口座を書いてください。