

(様式第3号)

## 医療互助(死亡弔慰金)請求書

医療互助会員番号	枝番	給付年月日				← 給付年月日、死亡弔慰金額、加入年月日の記入は不要です									
		平成		年			月		日						
給付金額 (互助会記入)	給付内容	互助会決定金額(円)				↓									
	死亡弔慰金														
会員生年月日	医療互助会員生年月日				加入年月日(退職年)										
	昭和		年		月		日	平成		年		月		日	
フリガナ					死亡年月日										
死亡者氏名					平成 年 月 日										
給付金 振込先	銀行・支店名 (ゆうちょ銀行も可)	銀行・信金 信組・労金 農協				本店・支店 出張所・支所 営業部									
	預金種別 口座番号	普通預金 口座番号													
	フリガナ														
	口座名義														
上記のとおり死亡弔慰金を請求します。															
一般財団法人新潟県教職員互助会理事長 様															
平成 年 月 日															
請求者 郵便番号(〒 )															
住所															
氏名 ⑩															
電話番号( ) -															
医療互助会員との続柄 ( )															
<table border="1"><tr><td style="text-align: center;">互助会</td></tr><tr><td style="text-align: center;">(受付印)</td></tr></table>														互助会	(受付印)
互助会															
(受付印)															

(注) 死亡弔慰金を請求するときは死亡の事実を証明する書類を添付し、会員証を返却してください。