

(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									
		令和		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																
令和 年 月 日																
請求者	郵便番号(〒		—)											
	住所															
	氏名	Ⓜ														
	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。