

会員弔慰金等請求書

会員氏名 職員コード		所属名 所属コード	
会員弔慰金 請求金額	金 円	会員退会 給付金額	金 円 ※金額は、新潟県教職員 互助会会員退会給付金 給付規程により計算さ れた額となります。
死亡者 氏名・年齢	(歳)	死亡年月日	
上記記載の事実に基づき会員弔慰金及び会員退会給付金を請求します。 一般財団法人新潟県教職員互助会理事長 様 年 月 日 住所 請求者 フリガナ 氏名 (会員との続柄)			

添付書類 給付第90号様式「給付金受領に関する申出書」

※ 会員弔慰金及び会員退会給付金の受領者が2名以上の場合は、それぞれ当該金額を按分して給付します。

事務局受付印

添付書類は下記のとおりです

- 給付第90号様式「給付金受領に関する申出書」
- 給付第90号様式の添付書類
(会員と請求者の続柄を明示した戸籍謄本または戸籍抄本の写し)