

家族弔慰金請求書

会員氏名		所属名	
職員コード		所属コード	
請求金額	金 円		
死亡者 (家族)	氏名・年齢	(歳)	
	死亡年月日	年 月 日	
	会員との続柄等	(1) 配偶者 子	(2) 実父母 養子縁組した父母
上記記載の事実に基づき請求します。			
一般財団法人新潟県教職員互助会理事長 様			
年 月 日			
請求者氏名			
所属電話番号			

添付書類 死亡したことが確認できる書類

- 留意事項
- 請求金額は以下のとおりです。
配偶者・子 100,000円
実父母・養父母 20,000円
 - 養父母及び継父母は対象外となります。

事務局受付印

添付書類は下記のとおりです

- 死亡したことが確認できる書類（いずれか1通）
 - 例）・市町村の埋葬許可証又は火葬許可証の写し
 - ・葬儀の案内状、礼状の写し
- など