

給付金受領に関する申出書

会 員

会 員 氏 名		所 属 名	
職 員 コード		所 属 コード	

受領する金融機関名

銀 行 名	本・支店名	種 別	口座番号	フリガナ 名 義 人
		普 通 当 座 貯 蓄 その他		

上記会員に給付される一般財団法人新潟県教職員互助会運営規則及び一般財団法人新潟県教職員互助会給付規程等に定める給付金等で支払未済がある場合、請求者として受領することを申し出ます。

一般財団法人新潟県教職員互助会理事長 様

年 月 日

住 所

氏 名
(会員との続柄)

電話番号

添付書類 申出者と会員の関係がわかる戸籍謄本又は戸籍抄本の写しを添付してください。

添付書類は下記のとおりです

- 申出者と会員の関係が分かる戸籍謄本又は戸籍抄本の写し