

育英・生活年金保険金請求書

団体名	教職互助	所属所コード		所属所名	
		会員番号		会員氏名	
該当者氏名 (被保険者)			生年月日		被保険者区分
			昭和 平成		年 月 日
					1 本人 2 配偶者
保険事由	1 死亡 2 高度障害 3 その他()				
発生日	令和 年 月 日				
加入口数	口	保険受取金額		円	
受取人氏名 (被保険者との続柄)	(続柄)				
	(続柄)				
	(続柄)				
	(続柄)				
<p>上記のとおり必要書類を添付のうえ請求します。</p> <p>一般財団法人石川県教職員互助会理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住 所</p> <p>請求者 ふりがな</p> <p>氏 名 (被保険者との続柄)</p> <p style="text-align: right;">印</p>					
<p>上記のとおり事実相違ないことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所属所名</p> <p>所属所長</p> <p>職氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					所属所受付印

※ 氏名を自署する場合は押印不要

必要書類

「死亡の場合」

- ・ 医師の死亡診断書又は死体検案書
- ・ 受取人の戸籍謄本
- ・ 受取人の本人確認書類 (コピー)

「高度障害の場合」

- ・ 医師の診断書