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（　　）		
発生年月日	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　　）		

上記のとおり必要書類を添付のうえ請求します。

一般財団法人石川県教職員互助会理事長　殿

令和　　年　　月　　日

〒

住　　所

請求者　　ふりがな

氏　　名　　㊞

（被保険者との続柄　　）

上記のとおり事実に相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日

所属所名

所属所長

職氏名　　印

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