

家族弔慰金請求書

団体名	教職互助	所属所コード		所属所名	
		会員コード		会員氏名	
死 亡 者 の					死 亡 年 月 日
氏 名		続柄	性別	生 年 月 日	
				年 月 日	令和 年 月 日
事 実 発 生 時 の 標 準 報 酬 月 額				円	
請 求 金 額			円	※ 決 定 金 額	円
市 区 町 村 長	死 亡 場 所				
	死 亡 の 原 因 及 び その 状 況				
又 は 警 察 署 長 の 証 明	非常災害により死亡したことを証明する。 令和 年 月 日 住 所 証 明 者 氏 名 印				
上記のとおり請求します。 一般財団法人石川県教職員互助会理事長 様 令和 年 月 日 自 宅 住 所 請 求 者 職 名 氏 名 印					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 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
- 健康保険証のコピーを添付してください。
 - ※印欄は記入しないでください。