

㊦退職医療給付(死亡弔慰金)請求書

退職医療組合員番号					※ 給付年月日					会員区分					
1	2	3	4	5	令和	年	月	日		本人	配偶者				
						給付内容区分			※互助組合決定金額(円)						
						死亡弔慰金									
						退職医療組合員の生年月日									
						明治	大正	昭和	05	年	09	月	20	日	
死亡弔慰金	死亡者名前		互助 三郎					死亡年月日		令和3年9月10日					
	給付金 受領方法		(金融機関名) 広島銀行					(支店名) 県庁支店		口座番号 : (9876541) フリガナ : (ゴジョ ヨシコ) 口座名義 : 互助佳子					
上記のとおり(死亡弔慰金)を請求します。 一般財団法人 広島県教育職員互助組合理事長 殿 令和 3 年 10 月 1 日 郵便番号 〒765-4321 住所 広島市中区互助町1丁目2-3 請求者 氏名 互助 佳子 電話 (082)123-4567															

(注)・※欄は記入しないでください。

- ・死亡弔慰金を請求するときは、死亡の事実及び遺族であることが確認できる書類を添付してください。
- ・請求者は、遺族の代表者としてください。
- ・給付金受領方法欄には、請求者名義の振込口座を記入してください。