

埋葬料
家族埋葬料 請求書

種別コード	0	2	一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様		請求金額	500,000 円
下記のとおり請求します。 平成 ○○年○○月○○日						
所属名	所属番号 1 2 3 4 5				○○市立○○小学校	
氏名	組合員番号 0 1 2 3 4 5 - 6				互助 太郎	
(遺族が請求する場合) 請求者名	互助 花子				続柄	妻



識別コード	3	0	0	3	死亡者氏名	互助 太郎	組合員との続柄	本人
死亡年月日		平成 ○○年 ○○月 ○○日						
埋葬年月日		平成 ○○年 ○○月 ○○日						
死亡原因		心不全						
上記のとおり相違ないことを証明します。								
平成 ○○年 ○○月 ○○日								
所属長職氏名					○○市立○○小学校長 長崎 正		公印	

(添付書類)

組合員本人が死亡した場合は、「組合員の死亡に伴う給付金等請求・口座振替依頼書」を、必ず添えて請求してください。