

遺 児 給 付 金 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	
下記のとおり請求します。 平成 年 月 日						円
所 属 名	所 属 番 号					
組 合 員 名	組 合 員 番 号					
氏 名	0				-	
死亡年月日	平成 年 月 日					
請 求 者 名					組合員との続柄	印

識別コード	3	0	1	5		
遺 児 氏 名	生年月日 年 月 日生				年 齢	組合員との続柄
遺 児 氏 名	生年月日 年 月 日生				年 齢	組合員との続柄
遺 児 氏 名	生年月日 年 月 日生				年 齢	組合員との続柄
遺 児 氏 名	生年月日 年 月 日生				年 齢	組合員との続柄
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						印

- (注) 1 組合員が死亡したとき、満22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子（扶養家族に限る。）がいるときに給付対象となります。
- 2 遺児の年齢は、組合員死亡年月日現在の年齢を記入してください。
- 3 この請求書は、「埋葬料請求書」と同時に提出してください。