

# 遺児給付金請求書

種別コード	02	一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様		請求金額	100,000 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			
組合員名	組合員番号 0 1 2 3 4 5 - 6	互助 太郎			
死亡年月日	平成 年 月 日				
請求者名	互助 花子			組合員との続柄	印
				妻	

識別コード	3015	互助 一郎		年齢	組合員との続柄
遺児氏名	生年月日 平成○○年 ○○月 ○○日生			8才	長男
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 ○○市立○○小学校長 長崎 正

- (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。