


組合員の死亡に伴う 給付金等請求・口座振替依頼書

一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様

請 住 求 所	1 2 3 - 4 5 6 7 都道府県名 長崎県	
	長崎市〇〇町 1 - 2 (095) 89 - 9999	
者 氏 名	(フリガナ) ゴジョ ジロウ 互助 次郎	

死 氏 亡 者 名	組 合 員 番 号	(フリガナ) ゴジョ タロウ
	0 1 2 3 4 5 - 6	互助 太郎

上記組合員の死亡に伴い、一般財団法人長崎県教職員互助組合から支払われる給付金等について、下記の口座へ振込をお願いします。

◎ 請求者本人名義の普通預金口座を記入してください。

送 金 先 口 座	金 融 機 関 (漢 字)		預金種別	口 座 番 号 (右 づ め で 記 入)						
	金融機関名	本支店名								
	十八銀行	県庁	普通預金	0	6	5	4	3	2	1

※						※					
---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

※は記入しないでください