

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	
所属名		下記のとおり請求します。 平成 年 月 日			
所属番号					
組合員番号					
組合員名		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 3015				
遺児氏名			年 齢	組合員との続柄
	生年月日 年 月 日生			
遺児氏名			年 齢	組合員との続柄
	生年月日 年 月 日生			
遺児氏名			年 齢	組合員との続柄
	生年月日 年 月 日生			
遺児氏名			年 齢	組合員との続柄
	生年月日 年 月 日生			
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 所属長職氏名 印 </div>				

- (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。