平成　　年　　月　　日

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

請求者 住所	□□□－□□□□　都道府県名 （　　）　－	
請求者 氏名	（フリガナ）	印

死亡者 氏名	組合員番号	（フリガナ）
	0□□□□□□－□	

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		
			普通預金	□□□□□□□

※□□□	※□□□

※は記入しないでください

◎組合員のご逝去について、広報誌「互助だより」弔欄に掲載してもよろしいですか。
（所属、氏名、年齢、ご逝去日を記載）

□掲載してもよい　　□掲載を希望しない