

# 埋 葬 料 請 求 書

種別コード 02		決定額 ※記入不要	
一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様		円	
下記のとおり請求します。 平成 年 月 日		請求金額	円
退職組合員番号		組合員区分	本人 ・ 加入配偶者
死亡者名	男 女	退職組合員となった年月日	昭和 平成 年 月 日
死亡年月日	平成 年 月 日	退職組合員 退職加入配偶者の 期間	1 1年以内 2 2年以内 3 3年以内 4 4年以内 5 4年を超える
死亡原因			
受取方法  1,2のいずれかに○印及び記入 (請求者の名義)	1 銀行口座送金 (普通預金)	銀行・労働金庫・農協 本店(所) 信用金庫・信用組合 支店(所)	
		口座番号	※記入不要
	2 郵便貯金口座送金 (ぱるる)	記号	番号
請求者 住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (市区郡以降にフリガナをつけてください。)			
都道府県		市区郡	
電話番号 (      -      -      )			
フリガナ			
氏 名			印
(死亡者との続柄)			

**(添付書類)**

市町村の埋火葬許可証の写し又は、死亡診断書等の死亡を確認できるものの写し