

## 弔慰金請求書

(一財)兵庫県学校厚生会理事長 様

記入日 20 年 月 日

下記のとおり請求します。

所 属 所 名		給 付 額	
		※ 30,000 円	
会 員 番 号	会 員 名 ( フ リ ガ ナ )	会 員 生 年 月 日	
	(自署)	年 月 日	
家 族	名 前 ( フ リ ガ ナ )	性 別	死 亡 年 月 日
		男・女	年 月 日
	生 年 月 日	年 月 日 ( ) 歳	
	共 済 組 合 扶 養 認 定 年 月 日	年 月 日	
上記の記載事項は事実に相違ないことを認めます。			
年 月 日			
所 属 所 名		印	※ 受 付 印
所 属 所 長 名			
厚 生 会 係 名			
電 話 番 号 ( ) -			

- 1 死亡の事実を証明する書類(死亡診断書等)(写し)を添付してください。
- 2 「会員名(フリガナ)」の欄には、名前を自署することとし、諸事情により自署が難しい場合は、名前を記載し押印してください。
- 3 共済組合の扶養認定年月日は必ず記入してください。
- 4 ※欄は記入しないでください。

※ 精 査	※ 審 査	※ 資 格 審 査
-------	-------	-----------