



弔 慰 金
請求書
退会せん別金

		決定額	※		円	
下記のとおり請求します。 年 月 日 一般財団法人 鳥取県市町村職員互助会理事長 様		会 員	記号番号	—		
			所属所名			
			ふりがな			
			氏 名	⑩ 自署した場合は、押印を省略できます。		
加入年月日	年 月 日	退会年月日	年 月 日			
		在会期間	年 月			
<input type="checkbox"/> 弔 慰 金	死亡者氏名 及び続柄	会員との続柄				
	生年月日	年 月 日	担当者 確認印			
	死亡年月日	年 月 日				
	請求金額	円				
	会員死亡 の場 合	請求者氏名 及び続柄	⑩ 会員との続柄 自署した場合は、押印を省略できます。			
		住 所	〒 —			
		振込口座	銀行 店 No.			
		口座名義				
<input type="checkbox"/> 退 会 せん別金	請求金額	円				

- (注) 1 請求する給付種別の□にレを記入してください。
 2 弔慰金について、会員の被扶養者でない家族（配偶者・1親等の血族・同居の1親等の姻族）に係る請求の場合は、共済事務担当者の確認印を押印してください。
 3 弔慰金について、会員死亡の場合で遺族（会員によって生計を維持していた配偶者・子・父母・孫及び祖父母）がない場合は、1親等の血族が請求できませんが、その場合は、共済事務担当者の確認印を押印してください。
 4 退会せん別金について、会員死亡の場合は請求できません。
 5 ※印欄は、記入しないでください。