

## 支払未済金請求書

※会員の死亡により、支払未済金の請求をする場合に提出してください。

フリガナ		性別	生	年	月	日
元会員氏名		男・女	昭和・平成	年	月	日
会員 記号番号	—	死亡した日	平成	年	月	日

フリガナ						
請求者氏名 (口座名義人)	元会員との続柄					
生年月日	昭和・平成	年	月	日	配偶者・子・父母・孫・祖父母 その他( )	
フリガナ	〒 —					
住所	都・道 府・県		市・区 郡			
支払未済給付 の受取機関	金融機関名		本店(所) 支店(所)		預金種目 (普通預金)	口座番号(右詰)
	金融機関コード		店舗コード			

金融機関コード及び店舗コードは記入しないでください

上記のとおり、一般財団法人鳥取県市町村職員互助会給付規程第14条による支払未済金を請求します。

一般財団法人 鳥取県市町村職員互助会 理事長 様

平成 年 月 日

請求者氏名

㊞

※支払未済給付の請求をできる者の順位は、配偶者、子、父母、孫、祖父母で、組合員が死亡した当時、原則として会員によって生計を維持していた者です。

※書類の添付をお願いする場合があります。