厚生資金積立金払戻・弔慰金請求書（団員死亡の場合）

令和　　年　　月　　日

一般財団法人　新潟県教職員厚生財団理事長　様

氏　　名 所　属　所	氏　　名 職員コード 新潟市の職員は８桁の番号を記入		所　属　所 所属コード	
死亡年月日	令和　　年　　月　　日			
現住所・ 連絡先	〒　　－　　 電話番号（　　）　　－			
受　　取 金融機関	銀行・信金・信組 労金・農協	本店 支店　　店番号（　　）		
	口座番号（左づめで記入）	フリガナ		
		口座名義人		
請　求　者	上記のとおり請求します。 団員との続柄（　　） 遺族署名　　印			
添付書類	□　請求者の戸籍謄本（写し）及び　死亡者の除籍謄本（写し）			
備　　考	1　遺族から請求してください。①配偶者②子③直系尊属④兄弟姉妹の順で、法定相続人とします。 2　添付書類は、団員との続柄が確認できる書類を提出してください。 3　記入された個人情報は、厚生財団の個人情報保護規程に基づいて取り扱い、財団事業目的以外には利用いたしません。			

財団処理欄

受付印

番　　号	送金年月日

理事長	理　事	事務長	係	点　検	入力