



厚生資金積立金払戻・弔慰金請求書

平成 年 月 日

財団法人 新潟県教職員厚生財団理事長 様

死 亡 者		遺 族	
氏名・コード		続柄	
所属所・コード		氏名	
死亡年月日		現住所	〒
平成 年 月 日		電話番号 () ー 番	
受 取 金 融 機 関	銀行・信金・信組 労金・農協	フリガナ 口座名義人	
	支店番号 支店 ()	口座番号	
請 求 者	遺族署名  印		
証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。 所属所名 所属所長氏名  職印		

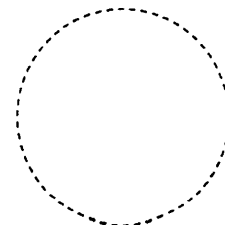
(備 考)

- 遺族から請求してください。請求者の順位は ①配偶者 ②実子 ③直系尊属 ④兄弟姉妹で、故人の祭事を執り行う者です。
- 配偶者以外の者が請求のとき「印鑑登録済の印鑑を使用し、請求者の戸籍謄本」を添付してください。

財 団 処 理 欄

番号	送金月日	
	送金額	円

受 付 印



理事長	事務長	部長	係