別紙様式第３号（第14条関係）

死　亡　弔　慰　金

請 求 書

家族死亡弔慰金

決定額	※　　円

会　員　番　号 (共済組合員証番号)		所属所番号	
会　員　氏　名		所　属　所　名	
死亡者氏名		会員との続柄	
死亡年月日	年　　月　　日	請　求　金　額	円
備　　考			

上記のとおり請求します。

年　　月　　日

一般財団法人愛媛県教職員互助会理事長　様

請求者　　郵便番号（　　－　　）

住　　所

氏（フリ）　名（ガナ）

（会員との続柄　　）

注　１　死亡（家族死亡）弔慰金を請求するときは、医師の死亡診断書、市町村長の埋葬（火葬）許可証、除籍後の戸籍謄本その他死亡の事実が確認できる書類（写し可）を添えてください。

２　遺族以外の者が死亡弔慰金を請求するときは、医師の死亡診断書、市町村長の埋葬（火葬）許可証、除籍後の戸籍謄本その他死亡の事実が確認できる書類（写し可）並びに親族であること及び葬儀を主宰したことを証明する書類（写し可）を添えてください。

３　被扶養者であった者以外の遺族が死亡弔慰金を請求するとき、又は被扶養者以外の父母若しくは子の家族死亡弔慰金を請求するときは、死亡した者との続柄の分かる除籍後の戸籍謄本（写し可）を添えてください。

４　※印欄は、記入しないでください。