

受付番号

給付金請求書

【注意事項】

給付日 平成 年 月 日

1. 給付金は請求期限内にご請求ください。(事実発生日から3年以内)
2. 請求者は請求人が同一であっても、給付の種類及び件数別に各一部提出してください。
3. 本人死亡の場合は、相続順位のわかる証明書(写し可)を添付のうえ、遺族が給付請求をしてください。

一般財団法人北九州市教職員互助会理事長 様 下記給付請求内容のとおり給付金を請求します。

平成 年 月 日		係	受付日
請求金額	円		
所属名	北九州市立 学校		
氏名	旧姓()※改姓時のみ記入 印	職員番号	
本人名義振込先	福岡銀行	預金種目	口座番号
	支店	普通預金	名義(カナで記入)
(会員死亡時のみ記入) 遺族氏名		印	会員との続柄 ()

※下記の給付申請の際は、所属長証明印が必要です。

種 類	給 付 請 求 内 容
傷病見舞金 5,000 円	①30 日以上 勤務できなかった期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ②90 日以上 ③ 1 年以上 病 名 ()
入 学 祝 金 5,000 円	小・中・特別支援学校第1学年入学者氏名() 続柄() 入学年月日 平成 年 月 日 生年月日 平成 年 月 日
リフレッシュ助成金	①20 年 10,000 円 ②30 年 15,000 円 入会年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日
所属長証明欄	請求記載事項に相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 所 属 所属長 職 印

※下記の給付申請の際は、書類を添付して下さい。(所属長証明印は不要です。)

種 類	給 付 請 求 内 容
障害見舞金 150,000 円以内	①身体障害者手帳 級 交付年月日 平成 年 月 日 ②精神障害者保健福祉手帳 級 添付書類:①または②の手帳の写
死亡弔慰金	①本人 100,000 円 (公務によるとき 150,000 円) 死亡年月日 平成 年 月 日 ②配偶者 20,000 円 ③父母・子 8,000 円 ④扶養家族 8,000 円 添付書類: 1. 死亡を証明する書類(医師の死亡診断書又は戸籍抄本※写し可) ⑤死(流)産 5,000 円 2. 会員との続柄を証明する書類(戸籍抄本又は続柄記載の住民票※写し可) 3. 扶養家族(共済組合認定)の場合はそれを証明する書類(写し可)
結 婚 祝 金 10,000 円	配偶者氏名() 入籍年月日 平成 年 月 日 添付書類: 戸籍抄本又は結婚を証明する書類(市町村発行)(写し)
出 産 祝 金 10,000 円	出産児氏名() 出産年月日 平成 年 月 日 続 柄() 添付書類: 医師・助産師の証明書又は出産を証明する書類(戸籍抄本等)(写し)

この用紙に記入された個人情報、法令・条例および互助会個人情報保護規程にもとづき適正に運用、管理します。
互助会が得た個人情報を、目的外に使用すること、第三者に提供することはありません。

給付内容、添付書類の詳細は最新の「互助会のしおり」でご確認ください。