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	ー	死亡した日	令和　　年　　月　　日

フ リ ガ ナ		元会員との続柄
請 求 者 氏 名 （口座名義人）		配偶者・子・父母・孫・祖父母 その他（　　）
生 年 月 日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
フ リ ガ ナ		
住　　所	〒　　ー 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

令和　　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。