

請 求 書

一金

円也

但し 死亡弔慰金・災害保険金 として
障害給付金・退職給付金

会員番号		氏 名		生年月日	年 月 日
加入年月日		年 月 日		金 額	
退職年月日		年 月 日		会 員 年 数	年 カ月
死亡年月日		年 月 日		死亡原因又は病名	
障害年月日		年 月 日		障 害 病 名	
振込先金融機関	銀行	本店	本所	預金口座	普通 ・ 貯蓄預金
	金庫	支店	支所	口座番号	
	農業協同組合		代理店 出張所	(ふりがな) 口座名義	

※必要事項を記入，該当箇所を○で囲む。

上記のとおり請求します。

年 月 日

請求者 氏 名

㊞

続 柄

(死亡による請求の場合)

鹿児島県市町村職員互助会長 殿

上記のとおり相違ないことを証明する。

加入団体名

団体長名

㊞