

届出日	20 年 月 日
-----	----------

教職員賠償責任共済 契約者死亡届

共済会名 (共済会で記入)	職 場 名	個人番号 (職員番号)	
		フリガナ	
		氏 名	
本人住所	〒 - 都 府 市 区 道 県 郡		

死 亡 日	20 年 月 日	死亡の事実が発生した日をもって共済契約は消滅します。 加入期間中に行われた行為に起因する損害賠償請求については、 共済期間終了後5年の間、損害賠償請求への補償があります。
-------	----------	---

届 出 人	氏名	続柄 ()
	住所	〒 -
	電話	

【返戻金振込先】

金 融 機 関 名	銀行 金庫	支店名	支 店	口座番号	
		支店番号			
	組合	預金種別	普 通 ・ 貯 蓄		フリガナ
					口座名義人

個人情報の取り扱いについて

この用紙にご記入いただいた個人情報は、ご契約の維持・管理・履行のために使用するほか、全教構成組織や全教自動車保険のために利用することがあります。
これ以外の目的で利用したり、第三者へ提供したりすることはありません。

以下は記入しないでください。

共済会受付	入 力
年 月 日	年 月 日