

決 裁	理事長	局長	次長	課長	副課長	主幹	副主幹	係
	○							

(何) 下記のとおり支給してよろしいか。

共済記入欄	起案日	/
	支給日	/

弔慰金・家族弔慰金 請求書

下記のとおり請求します。

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

請求日	平成 年 月 日				請求金額	標準報酬の月額=弔慰金 標準報酬の月額×0.7=家族弔慰金		決定額	弔慰金	円
組合員証 記号番号	所属所	企業	番号			円	家族 弔慰金		円	
	組合員氏名	⑩			所属所名	標準報酬の月額	平成 年 月～ 等級		円	
資格取得年月日	昭和 平成	年	月	日	資格喪失年月日	平成	年	月	日	
扶養認定年月日	昭和 平成	年	月	日	扶養取消年月日	平成	年	月	日	
市区町村 又は 警察署長 の証明	死亡者名	平成 年 月 日			死亡年月日	平成	年	月	日	死亡の場所
	生年月日	明大 昭平	年	月	日	男・女	続柄 ()			
	及びその状態 死亡の原因	(具体的に書いてください。)								
	地方公務員等共済組合法第72条に規定する非常災害により死亡したことを証明します。									
	平成 年 月 日	職名	証明者	氏名	⑩					
「弔慰金」請求者記入欄		「弔慰金」を請求する方は、必ず記入してください。なお、金融機関の口座名義人は請求者本人に限ります。 (金融機関欄については、「埋葬料」も請求される場合は記入の必要はありません。)								
フリガナ	フリガナ				請求者住所等	〒 電話 () -				
請求者名	⑩				続柄 ()					
金融機関	金融機関名	店舗名	口座番号 (右づめ)			金融機関コード	店舗コード			
備考								金融機関 確認印	⑩	

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日 職名
所属所長
氏名 ⑩

共済組合
受付印

- 太線の中を記入してください。(ただし、 部分は記入しないでください。)
- 「弔慰金」の請求をされる方は、遺族の順位を証明する書類を添付してください。