

# 弔 家 族 慰 弔 慰 金 請 求 書

※決定額

円 No.

組 員	合 証	記 号	組 合 員	氏 名	所 属	機 関 名						
市 区 町 村 長 又 は 警 察 署 長 の 証 明		死 亡 者			死 亡 者	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	性 別	男 ・ 女	
		氏 名			生 年 月 日					続 柄		
		死 亡 年 月 日	令 和	年	月	日	死 亡 の 場 所					
		死 亡 の 原 因 及 び そ の 状 況										
上記のとおり非常災害により死亡したことを証明します。 令和 年 月 日 職 名 証 明 者 氏 名 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>												
標 準 報 酬 額	第 級				請 求 金 額							
		円										
受 取 口 座 (※弔慰金請求 の場合に記載し て下さい。)		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（希望した場合は口座情報の記入は不要） <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する										
		金 融 機 関 名				店 名						
					本 店 (所) 支 店 (所)							
上記のとおり請求します。 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 住 所 請 求 者 フリガナ 氏 名 組 合 員 と の 続 柄												
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 令和 年 月 日 所 属 所 長 職 名 氏 名												

- 1 弔慰金の支給を受けようとする場合は、遺族の順位を証明する書類を添付して下さい。
- 2 任意継続組合員の場合は、任意継続掛金の算定基礎となった給料に基づき支給されます。
- 3 ※印欄は、記入しないで下さい。