

課 長	保 健	係

弔 慰 金 ・ 家 族 弔 慰 金 請 求 書

支 給 決 定 伺				
決 定 額				円

組 合 員 証 記 号 番 号	—	組 合 員 氏 名		所 属 機 関 名	
標 準 報 酬 の 等 級 及 び 月 額	第 級		円	請 求 金 額	弔 慰 金
					家 族 弔 慰 金

市 町 村 長 又 は 警 察 署 長 の 証 明	死 亡 者 氏 名		生 年 月 日		続 柄	
	死 亡 者 年 月 日	年 月 日	死 亡 の 場 所			
	死 亡 の 原 因 及 び そ の 状 況					
	非常災害により死亡したことを証明する。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">住 所 証 明 者 氏 名 印</div>					

上記のとおり請求します。

栃木県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

住 所
請 求 者
氏 名
組合員との続柄（本人・ ）

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

職 名
所属所長
氏 名

・ 組合員以外の方が請求する場合は、振込先を記入してください。

振 込 先	銀行	支店
口 座 番 号		
口 座 名 義 人 (カタカナ)		