

支給可能な事象かどうか事前に確認が必要ですので、該当する方がいる場合には請求書を提出する前に共済組合にご連絡をお願いします。

課長	保健	係

弔慰金・家族弔慰金請求書

		支給決定何														
		決定額			円											
組合員証 記号番号	000-0000	組合員 氏名	共済 太郎	所属 機関名	〇〇市役所											
標準報酬の 等級及び月額	第 0 級	0	0	0	0	0	0	0	請求 金額	弔 慰 金	0	0	0	0	0	円
									0	0	0	0	0	0	円	
市町村長又 は警察署長 の 証 明	死亡者 氏 名	共済 太郎		生 年 月 日	昭和〇〇年〇月〇日		続 柄	本人								
	死亡者 年 月 日	令和〇〇年3月1日		死亡の 場 所	〇〇総合病院											
	死亡の原 因及びそ の 状 況	令和〇〇年3月1日午前10時頃、共済太郎が交通事故にあい死亡														
	非常災害により死亡したことを証明する。 令和 〇〇 年 3 月 20 日 住 所 〇〇市〇〇町1-2-3 証 明 者 氏 名 〇〇市長 〇〇 〇〇 〇															

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 〇〇 年 4 月 1 日

住 所 〇〇市〇〇町4-5-6
請 求 者
氏 名 共 済 花 子
組合員との続柄 (本人・妻)

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 〇〇 年 4 月 5 日

職 名 〇〇市長
所属所長
氏 名 〇〇 〇〇 〇〇

・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	〇〇 銀行 〇〇 支店
口座番号	No. 1234567
口座名義人 (カタカナ)	共 済 花 子 キョウサイ ハナコ

埋葬料も請求の場合は埋葬料と同じ口座をご記入ください。