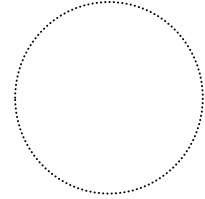
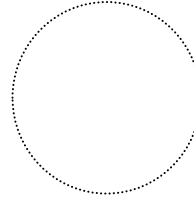


弔慰金・家族弔慰金 請求書

所属所受付印

共済組合受付印



※印は、記入しないでください。

組合員証記号番号 (左詰めで記入)		記 号		番 号			
組 合 員 氏 名						所属機関名	
標 準 報 酬 月 額		_____等級 円				請 求 金 額	円
≪市町村長又は警察署長の証明欄≫							
死 亡 者	氏 名					※資格取得・ 認定年月日	昭和 _____年 _____月 _____日 平成 _____年 _____月 _____日 令和 _____年 _____月 _____日
	生年月日	昭和・平成 _____年 _____月 _____日 令和 _____年 _____月 _____日				組合員との続柄 (※コード)	() 性 別 男・女
死 亡 年 月 日		令和 _____年 _____月 _____日				死亡の場所	
死 亡 原 因 及 び そ の 状 況		できるだけ詳しく記入してください。					
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] _____ [印]							
上記とおり請求します。 岡山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] _____							
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] _____							

〔添付書類〕

(2022.1改訂)

- ・ 組合員が死亡したことにより弔慰金を請求する場合、遺族の順位を証明する書類

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

給 付 種 別					決 定 額
□(310)弔慰金 標準報酬月額×1月			□(320)家族弔慰金 標準報酬月額×1月×70/100		円
局 長	課 長	課 長 補 佐	係 長	係	決 定 年 月 日