

弔慰金請求書

家族弔慰金

決定額 ※ 円

組合員証等の記号番号	組合員氏名	所属機関名
------------	-------	-------

標準報酬月額額	第 級 円	請求金額 円
---------	-------	--------

市区町村	死亡者氏名	死亡者生年月日 性別続柄	性別 男 女 年 月 日 続柄
	死亡年月日	平成 年 月 日	死亡の場所
長又は警察署長の証明	死亡の原因及びその状況		
<p>非常災害により死亡したことを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>職 名 証明者 氏 名 印</p>			

上記のとおり請求します。

山口県市町村職員共済組合理事長 殿

平成 年 月 日 円

住 所
請求者 氏 名 印
組合員との続柄

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 印

- ※印欄には記入しないでください。
- 弔慰金を請求する場合の請求者は、支払未済金の請求者と同じ者としてください。この弔慰金の振込先は、支払未済金請求書に記載された振込口座とします。