

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	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	年 月 日	性別 男 女 続柄
	死亡年月日	令和 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				
------------	-------------	--	--	--	--

非常災害により死亡したことを証明する。

令和 年 月 日

職 名
証明者 氏 名 印

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

令和 年 月 日 日

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。

令和 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。