

(共済組合提出用)

支 払 未 濟 金 請 求 書

組合員等 記号・番号	組合員 氏名			所屬 機関名			
生年月日	年 月 日	死亡年月日	年 月 日				
請求者 氏名	生年月日	年 月 日	身分 関係				
支払未済振込口座（請求者名義の口座に限る）							
金融機関名	銀行	支店	口座番号	普通・当座
	金庫	支所	(フリガナ)			
	農協	本店	口座名義人				

上記のとおり、地方公務員等共済組合法第47条による支払未済金を請求します。

なお、組合員の口座に死亡後に入金された支給分がある場合、その支給分を支払未済金に充てることに同意します。

山口県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日
平

住 所

請求者
氏名（自署）

- 支払未済金の給付を受けることができる者は、組合員が死亡した当時、組合員と生計を共にしていた①配偶者、②子、③父母、④孫、⑤祖父母、⑥兄弟姉妹、⑦それ以外の3親等内の親族（○数字は、給付を受けるべき者の順位）となります。
- 全ての欄に記入してください。
請求者が自署できない場合は、代理人が請求者氏名及び代理人氏名を連名で自署してください。
- 添付書類（★印の書類は、同様の書類を共済組合年金課へ提出している場合に限り、この請求書への添付を省略できます。）
 ★ 請求者と死亡した組合員の身分を明らかにできる書類（戸籍謄本等）
 ★ 支払未済振込口座の銀行、支店、口座番号、口座名義が確認できるもの（通帳等の写し）
 ★ 請求者の住民票と、死亡した組合員の住民票の除票
 ・ 請求者と組合員の住民票上の住所が異なっていたときは「生計同一申出書（支払未済給付用）」及び添付書類
 ・ 請求者の1に掲げる順位が、戸籍謄本等で生存確認できる者より下位のときは、別途書類が必要となります。
 詳細は共済組合へお問い合わせください。

※共済組合 使用欄	受付印	決定してよろしいか	
		課長	担当