

本人 弔 慰 金 請 求 書
 家族 家 族 弔 慰 金

決定額

*

円

組合員証記号番号		組合員名前		所属機関	
		名称			
		所在地			
市区町村長 又は警察 署長の証明	死亡者名前		死亡者 生年月日 組合員との続柄	性別 男 女	年 月 日 続柄
	死亡年月日	年 月 日	死亡の場所		
	死亡の原因及び その状況				
	地方公務員等共済組合法第 7 2 条に規定する非常災害により 死亡したことを証明する。 年 月 日 職名 証明者 名前 印				
標準報酬の 等級及び月額		等級 円	請求金額	円	
上記のとおり請求します。 広島県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 請求者 住所 組合員 名前 名前 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。 年 月 日 所属所長 職名 名前					

共済組合受付日付印	上記のとおり決定してよろしいか。				
	課長	課長補佐	係長	主務	係

- (注) 1. 任意継続組合員は、標準報酬の等級及び月額欄に任意継続掛金の標準となった額を記入してください。
 2. 弔慰金の支給を受けようとする者にあつては、遺族の順位を証明する書類を添付のうえ、組合に提出してください。
 3. *印欄は記入しないでください。

(この請求書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。)