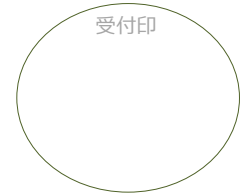


受付印

支払未済金請求書



組合員証記号番号										所属機関名			給付の種類					
記号										番号						短期給付金等		
組合員氏名										組合員生年月日			昭和・平成			年	月	日
										死亡年月日			平成			年	月	日
支払未済金を受領する払渡金融機関（下記請求者の口座をご記入ください。）																		
金融機関名			<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協						本・支店名			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> _____ 支店						
預金種目	普通		口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義（請求者）			刀がナ				
<p>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。</p> <p>岡山県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>〔請求者〕 氏 名 _____ ④</p> <p>生年月日 昭和・平成 年 月 日生</p> <p>組合員との身分関係(続柄) _____</p>																		

※支払未済の給付の受給権者
組合員の死亡の当時その者と生計を共にしていたもの（生計同一関係）

- | | |
|----------|--------------|
| 第1順位：配偶者 | 第5順位：祖父母 |
| 第2順位：子 | 第6順位：兄弟姉妹 |
| 第3順位：父母 | 第7順位：3親等内の親族 |
| 第4順位：孫 | |

システム登録年月日

検 印