

受付印

弔慰金・家族弔慰金 請求書



組合員証 (左詰めで記入)		記号		番号				※印欄は、記入しないでください。		
組合員氏名		所属機関名								
標準報酬月額		_____等級		円		請求金額		円		
≪市町村長又は警察署長の証明欄≫										
死亡者	氏名					※資格取得・認定年月日	昭和	年	月	日
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	組合員との続柄 (※コード)	()	性別	男・女	
死亡年月日		平成	年	月	日	死亡の場所				
死亡原因及びその状況		できるだけ詳しく記入してください。								
<p>上記のとおり非常災害により死亡したことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日 (職名)</p> <p>証明者 (氏名) 印</p>										
<p>上記とおり請求します。</p> <p>岡山市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成 年 月 日 (住所)</p> <p>請求者 (氏名) 印</p>										
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成 年 月 日 (職名)</p> <p>所属所長 (氏名) 印</p>										

〔添付書類〕

- ・ 組合員が死亡したことにより弔慰金を請求する場合、遺族の順位を証明する書類

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

給付種別					決定額	
□(310)弔慰金 標準報酬月額×1月			□(320)家族弔慰金 標準報酬月額×1月×7/100		円	
局長	課長	課長補佐	係長	係	決定年月日	