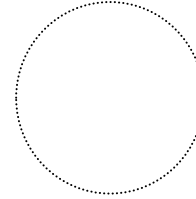
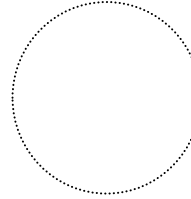


# 弔慰金・家族弔慰金 請求書

所属所受付印

共済組合受付印



組合員等記号番号 (左詰めで記入)	記号	番号	※印は、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	昭和・平成 令和		※資格取得・ 認定年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	組合員との続柄 (※コード)	( )	性別
死亡年月日	令和	年	月	日	死亡の場所			

できるだけ詳しく記入してください。

死亡原因及び  
その状況

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。

令和 年 月 日

〔職名〕  
証明者

〔氏名〕

印

上記とおり請求します。

岡山県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

〔住所〕  
請求者

〔氏名〕

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〕

〔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

(2024.12改訂)

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
<input type="checkbox"/> (310)弔慰金 標準報酬月額×1月	<input type="checkbox"/> (320)家族弔慰金 標準報酬月額×1月×70/100			円	
局長	課長	課長補佐	係長	係	決定年月日