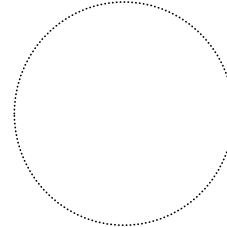


## 支払未済金請求書



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			令和			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)			刃がナ						
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。 岡山県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 〒 _____ 住 所 _____ 氏 名 _____ 〔請求者〕 生年月日 昭和・平成 年 月 日 組合員との身分関係(続柄) _____																				

(2023.1改訂)

※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	
_____	_____

## [添付書類]

- ・死亡した組合員と請求者が生計同一関係であったことが確認できる以下の書類すべて（コピー可）
- ①続柄の記載された住民票の写し
  - ②住民票除票の写し
  - ③戸籍抄本の写し