

保健課長	課長補佐	保健係長	合 議	主 任	支出決定 伺

## 弔慰金・家族弔慰金等請求書

※決定額	弔 慰 金 ( 310 )	円
	家 族 弔 慰 金 ( 320 )	円
	災 害 給 付 金 ( 65 )	円

組合員区分	所属所番号	組合員等番号	組 合 員 氏 名			所 属 機 関 名
1 一般 2 任継			生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日			
標準報酬の月額	等級		円	請 求 金 額	弔 慰 金	円
死亡者氏名		続柄			家 族 弔 慰 金	円
死亡年月日	令和	年	月	日	災 害 給 付 金	円
市 町 村 長 又 は 警 察 署 長 の 証 明	死亡者氏名			死 亡 者 生年月日		
	死亡年月日			死亡の場所		
	死亡の原因 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 証明者 職 名 氏 名 ㊟					
弔慰金の請求の場合のみ記載してください。						
給付金振込 金融機関	金融機関名 銀行	支店名 支店	種 類 普 通 座	口座番号	口座名義人(カナ)	続柄
※金融機関コード						
上記のとおり請求します。 千葉県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 請求者 住所 氏名						
組合受付印	再受付印	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 所属所長 職 名 氏 名				

§ 72 (202504)

- 任意継続組合員にあつては、標準報酬の月額欄に任意継続掛金の標準となった標準報酬の月額を記入してください。
- 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してください。
- ※欄は、記入しないでください。