支給可能な事象かどうか事前に確認が必要ですので、該当する方がいる場合には請求書を提出する前に共済組合にご連絡をお願いします。

課　長	保　　健	係

弔慰金・家族弔慰金請求書

支給決定伺	
決定額	円

組合員証記号番号	000－0000	組合員氏名	共済　太郎	所属機関名	○○市役所

標準報酬の等級及び月額	第　0　級	0 0 0 0 0 0 円	請求金額	弔慰金	0 0 0 0 0 0 円
				家族弔慰金	0 円

市町村長又は警察署長の証明	死亡者氏名	共済　太郎	生年月日	昭和00年0月0日	続柄	本人
	死亡者年月日	令和○○年3月1日	死亡の場所	○○総合病院		
	死亡の原因及びその状況	令和○○年3月1日午前10時頃、共済太郎が交通事故にあい死亡				

非常災害により死亡したことを証明する。

令和　00　年　3　月　20　日

住　所　○○市○○町1－2－3
証明者
氏　名　○○市長　○○　○○　㊞

上記のとおり請求します。
栃木県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○○　年　4　月　1　日

住　所　○○市○○町4－5－6
請求者
氏　名　共　済　花　子　㊞
組合員との続柄（本人・妻　）

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　4　月　5　日

職　名　○　○　市　長
所属所長
氏　名　○　○　○　○　㊞

・組合員以外の方が請求する場合は、振込先を記入してください。

振込先	○○　銀行　○○　支店
口座番号	No. 1234567
口座名義人（カタカナ）	共　済　花　子 キョウサイ　ハナコ

埋葬料も請求の場合は埋葬料と同じ口座をご記入ください。