

課長 保健係

支給可能な事象かどうか事前に確認が必要です。

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。

弔慰金・家族弔慰金請求書

支給決定 円

決定額

組合員証 記号番号	000-0000	組合員 氏名	共済 太郎	所属 機関名	〇〇市役所
標準報酬の 等級及び月額	第 〇 級	〇 〇 〇 〇 〇 〇 円	請求 金額	弔 慰 金	〇 〇 〇 〇 〇 〇 円
				家族弔慰金	

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	昭和〇〇年〇月〇日	続柄	本人
	死亡者 年 月 日	令和〇〇年3月1日	死亡の 場 所	〇〇総合病院		
	死亡の原 因及びそ の 状 況	令和〇〇年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。 令和〇〇年 3 月 20 日					

住所 〇〇市〇〇町1-2-3
氏名 〇〇市長〇〇 〇〇

埋葬料も請求の場合は埋葬料と同じ口座を選択してください。

弔慰金（組合員が死亡したとき）を請求する場合は、いずれかを選択し、☑をしてください。

受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で登録した公金受取口座
	<input type="checkbox"/> 金融機関 〇〇〇〇 銀行 〇〇〇〇支店 普通預金
	口座番号 〇〇〇〇〇〇 口座名義人（カナ）キョウサイ ハナコ

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 〇〇 年 4 月 1 日

住 所 〇〇市〇〇町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 〇〇 年 4 月 5 日

職 名 〇 〇 市 長
所属所長 氏 名 〇 〇 〇 〇

- ・死亡診断書の写しを添付してください。
- ・組合員が亡くなった場合は、遺族の順位を証明する書類が必要です。
- ・マイナポータル等で登録した公金受取口座を選択した場合は、「公金受取口座情報を利用するために必要な特定個人情報の提供及び利用に係る事務の実施についての同意書」も添付してください。