

弔 慰 金 請 求 書

※決定額		円	No.
------	--	---	-----

組 合 員 証	記 号 番 号		組 合 員 氏 名		所 属 機 関 名	
市 区 町 村 長 又 は 警 察 署 長 の 証 明	死 亡 者 氏 名		死 亡 者 生 年 月 日		昭 和 年 月 日 平 成	性 別 男・女 続 柄
	死 亡 年 月 日	平 成 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。 平成 年 月 日 証 明 者 職 名 氏 名 印					
	標 準 報 酬 月 額	第 級	円	請 求 金 額	円	
送 金 口 座 <small>(※弔慰金請求の場合に記載して下さい。)</small>	銀 行 (本・支) 店 農 協 (本・支・出張) 所	口 座 名 義	請 求 者 名	口 座 番 号 (普)		
上記のとおり請求します。 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 年 月 日 住 所 フリガナ 請 求 者 氏 名 組合員との続柄 印						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所 属 所 長 職 名 氏 名 印						

1 弔慰金の支給を受けようとする場合は、遺族の順位を証明する書類を添付して下さい。
 2 任意継続組合員の場合は、任意継続掛金の算定基礎となった給料に基づき支給されます。
 3 ※印欄は、記入しないで下さい。 (30.4)