

(短第8号)

弔慰金
家族弔慰金

請求書

決定額

円

組合員証	記号		組合員氏名		所属機関名	
	番号					
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 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	死性 亡者別	☐ 男 ☐ 女
	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の場所			
	死亡の原因 及びその状況					
	非常災害により死亡したことを証明します。 令和 年 月 日 職名 証明者 氏名 印					
標準報酬月額 (給付の事由が生じた日の属する月の標準報酬月額)		等級	請求金額	弔慰金	円	
		円		家族弔慰金	円	
上記のとおり請求します。 奈良県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名 印 組合員と請求者の続柄						
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 職名 所属所長 氏名 印						

(注) 1. 弔慰金の請求にあつては、遺族の順位を証明する書類及び給付金振込口座指定届（給付金専用）を添えてください。

2. 任意継続組合員は、標準報酬月額欄に退職の際の標準報酬月額を記入してください。