

弔 慰 金 請 求 書  
家 族 弔 慰 金

組 合 員 証 等	記号	組 合 員		所 属	
	番号	氏 名		機 関 名	
市 区 町 村 長	死亡者氏名	死 亡 者		<input type="checkbox"/> 昭和	死 性 亡 者 別
又 は	死亡年月日	令和 年 月 日	死 亡 の 場 所	<input type="checkbox"/> 平成	
警 察 署 長	死亡の原因 及びその状況				
の 証 明	非常災害により死亡したことを証明します。		職 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	令和 年 月 日		証 明 者		
			氏 名	<input type="checkbox"/> 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	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>奈良県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>請求者 氏名</p> <p>組合員と請求者の続柄</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職名</p> <p>所属所長 氏名</p>					

- (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。