

弔 慰 金 請 求 書
家 族 弔 慰 金

組合員証	記号	9098	組合員	フリガナ	キョウサイ タロウ	請求金額	円
	番号	90999		氏名	共済 太郎		
所属機関	名称	〇〇町役場			標準報酬月額		
	所在地	〇〇町〇〇123-1			13 等級	200,000 円	
死亡者	フリガナ	キョウサイ ジロウ	生年月日		続柄	死亡年月日	
	氏名	共済 二郎	昭和 26 年 4 月 1 日		父	令和 3 年 6 月 1 日	
上記のとおり請求します。 熊本県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇〇年 〇 月 〇〇日 住所 請求者 氏名							
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職名 所属所長 氏名							

○この欄に市町村長又は警察署長の証明を受けてください。

市町村長 又は 警察署長 の証明	死亡者氏名		死亡者生年月日	年 月 日	
	死亡年月日	年 月 日	死亡の場所		
	死亡の原因及びその場所				
	上記の者は、水震火災その他の非常災害により死亡したことを証明します。 年 月 日 職名 証明者 氏名 市町村長又は警察署長の証明を受けてください。 印				

共済組合使用欄（これより以下には記入しないでください。）

決定伺	課長	課長補佐	係長	係員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※ 決定額 円				
摘要				



共済組合受付欄