

支払未済給付請求書（短期給付）

組合員証	記号	番号	(フリガナ) 組合員氏名	所属所名	死亡年月日
	9098	90999	キョウサイ タロウ 共済 太郎	〇〇市役所	令和 〇 年 〇 月 〇 日
請求者	(フリガナ) 氏名	生年月日		死亡した者との続柄	受取金融機関
	キョウサイ ハナコ 共済 花子	昭和 △ 年 △ 月 △ 日生		配偶者	名称 〇〇銀行
	住所等				店名 △△ 本店 支店 支所
	〒 8 6 2 - 0 9 1 1 TEL 096 (365) 1900 熊本市東区健軍一丁目5番3号				口座番号 1234567 (請求者名義の普通口座のみ)
支払未済 給付金の名称		一部負担金払戻金等			
添付書類 必ず右記の書類を 提出してください。		<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等（組合員との続柄が確認できる書類） <input type="checkbox"/> 住民票等（組合員と生計同一関係が確認できる書類） <input type="checkbox"/> 死体埋葬・火葬許可証の写、除籍謄本等（組合員の死亡を証する書類） <input type="checkbox"/> 受取金融機関の預貯金通帳の写（名称・支店・口座番号等が確認できるもの） ※ ただし、遺族厚生年金又は埋葬料の請求に伴い、上記書類を当共済組合に提出している場合は添付不要です。 ※ その他、必要に応じて提出していただく書類がある場合があります。			
上記組合員が死亡しましたので、上記のとおり支払未済給付金を請求します。 熊本市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇 年 〇 月 〇 日 請求者の署名 共済 花子					

共済組合使用欄

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