

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
					令和 年 月 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
			年 月 日生		名称
	住所等				店名
	〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		TEL	()	
					口座番号 <small>(請求者名義の普通口座のみ)</small>
支払未済 給付金の名称					
添付書類 必ず右記の書類を 提出してください。			<input type="radio"/> 戸籍謄本等（組合員との続柄が確認できる書類） <input type="radio"/> 住民票等（組合員と生計同一関係が確認できる書類） <input type="radio"/> 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="radio"/> 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。 熊本県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 請求者 _____					

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				

