

# 弔慰金請求書

## 家族弔慰金

組合員証	記号		組合員	フリガナ		請求金額	円
	番号			氏名			
所属機関	名称		標準報酬月額			円	
	所在地		等級				
死亡者	フリガナ		生年月日		続柄	死亡年月日	
	氏名		昭和 平成 令和	年 月 日生		令和	年 月 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 年 月 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。 令和 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 日生
	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。 令和 年 月 日 職名 証明者 氏名			

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				

