

弔 慰 金 請 求 書
 家 族 弔 慰 金

給付種別	310												
	320												
組合員証記号番号	—	フリガナ					所属所名						
		組合員氏名											
フリガナ					死亡者生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	1 男 2 女	※続柄 コード	
死亡者氏名													
死亡年月日	平成	年	月	日	短期標準報酬月額	第	級	円					
弔慰金請求金額					円	※	決定金額						
家族弔慰金請求金額					円		円						
市区町村長 又は警察署 長の証明	死亡者氏名					死亡年月日	平成	年	月	日			
	死亡場所												
	死亡の原因及びその状況												
	非常災害により死亡したことを証明する。 平成 年 月 日 職 名 証 明 者 氏 名	印											
上記のとおり請求します。 青森県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名 組合員との続柄 ()													
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 所 属 所 長 氏 名													

(注)1 弔慰金の請求の場合は、遺族の順位を証明する書類を添付してください。
 2 ※欄は、記入しないでください。