

弔 慰 金 請 求 書  
 家 族 弔 慰 金

給付種別	310 320	—		フリガナ 組合員氏名	所属所名				
フリガナ				死亡者生年月日	年	月	日	性別	※続柄コード
死亡者氏名				死亡年月日	年	月	日	性別	※続柄コード
死亡年月日	令和	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		円	
家族弔慰金請求金額					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	令和	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。 令和 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 令和 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。 令和 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。