

弔慰金・家族弔慰金 請求書

組合員証	記号	番号	所属機関名(市・町・村・一部事務組合等)			
			名称			
組合員氏名			所在地			
生年月日	昭和 平成	年 月 日				
請求金額						
310	弔慰金	円	標準報酬の 等級及び月額	等級	円	
320	家族弔慰金	円	任意継続組合員			
			退職時標準報酬の等級及び月額	等級	円	
			円	任継続金の標準報酬の月額	円	
市町村長 又は 警察署長 の証明	死亡者	氏名	続柄	生年月日		
			※	昭和 平成	年 月 日	
	死亡年月日	平成 年 月 日	死亡の場所			
	死亡の原因 及び その状況					
	地方公務員等共済組合法第72条に規定する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。						
長野県市町村職員共済組合理事長 様						
平成 年 月 日						
請 求 者						
住所						
氏名						
(組合員との関係)						
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。					
	平成 年 月 日					
	職名					
	所属機関の長					
	氏名					

※印欄は記入不要です。