

支払未済の短期給付請求書

組 合 員 証	記 号	番 号	所 属 機 関 名		
	フリガナ			生 年 月 日	年
元組合員氏名			死 亡 年 月 日	年	月 日

支 払 未 済 の 請 求 者 の 確 認

請求者は、組合員の死亡当時その者と生計を共にしていた次の親族です。(生計同一関係)
(前順位の方がいる場合は、後順位の方は請求できません。)

順 位	続 柄	該 当 の 有 無	生 計 同 一 関 係 の 有 無
第1位	配偶者	有 ・ 無	有 ・ 無
第2位	子	有 ・ 無	有 ・ 無
第3位	父母	有 ・ 無	有 ・ 無
第4位	孫	有 ・ 無	有 ・ 無
第5位	祖父母	有 ・ 無	有 ・ 無
第6位	兄弟姉妹	有 ・ 無	有 ・ 無
第7位	3親等内の親族	有 ・ 無	有 ・ 無

有無に○印を
してください。

支 払 未 済 を 受 領 す る 金 融 機 関

金融機関名	銀行 ・ 金庫 組合 ・ 農協	本 ・ 支 店 名	本 ・ 支 店 ・ 出 張 所
普通預金 口座番号 (右詰)		口座名義	(フリガナ)

地方公務員等共済組合法第47条により支払未済の給付を請求します。

長野県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日

〒 ー

住 所

請求者

氏 名

Ⓜ

組合員との続柄

電話番号

()

- 1 請求者が被扶養者でない場合は、次の書類を添付してください。
 - ・ 組合員と請求者の続柄が確認できる書類 (戸籍等)
 - ・ 組合員と請求者が生計同一であったことが確認できる書類 (住民票等)
- 2 受取金融機関の預金通帳の写しを添付してください。
- 3 請求者が自ら署名する場合は、押印不要です。