

弔慰金・家族弔慰金 請求書

組合員等	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
			任継掛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 令和
	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の場所		年 月 日
	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。 令和 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 令和 年 月 日 住所 請求者 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。				
	令和 年 月 日 職名 所属機関の長 氏名				

※印欄は記入不要です。