

決 裁	確 認	係

伺 下記のとおり支給してよろしいか。

弔慰金・家族弔慰金請求書 (310・320)

下記のとおり請求します。
茨城県市町村職員共済組合理事長 様

請求金額	弔慰金＝短期標準報酬月額 家族弔慰金＝短期標準報酬月額×0.7	決定金額	円

請求日	年 月 日	所属所	
組合員等 記号番号	-		
組合員氏名		短期標準 報酬月額	円
死亡者氏名	(続柄)	生年月日	年 月 日
死亡年月日	年 月 日	死亡の場所	
死亡の原因 及び その状況	(具体的に詳しく記入してください。)		
市町村長 又は 警察署長 の証明	非常災害により死亡したことを証明する。 年 月 日		職名 証明者 氏名

【弔慰金】請求者記入欄 ◎ 家族弔慰金を請求する場合は記入不要です

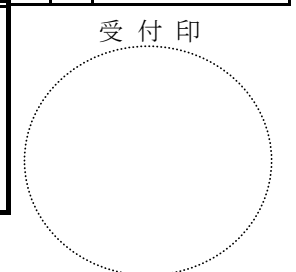
フリガナ		請求者住所等	〒 -
請氏 求者 名			電話 () -
続柄等	(続柄) 被扶養者である・被扶養者ではない		

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する <input type="checkbox"/> 利用しない	利用する → 「公金受取口座情報を利用するための同意書」を添付してください。 利用しない → 下欄に口座情報をご記入ください。
--	--

受取 口座	銀行・労金		本店	※共済組合使用欄 入力	請求者の口座登録
	信金・信組		支店		
	農協・漁協		出張所		
金融機関コード	支店コード	口座番号 (右づめ)	預金種別		
			普通・当座		

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。
年 月 日

職名
証明者
氏名



任意継続組合員は、短期標準報酬月額欄の記入は必要ありません。