共	課 長	確 認	担 当
合			

給付の有無にかかわらず、組合員が死亡した場合には必ず提出してください。

支払未済給付金請求書（短期給付）

組合員	組合員証記号番号	○ ○ ○ － ○ ○ ○ ○ ○	所属所名	○ ○ 市 役 所
	氏 名	共 済 太 郎	生年月日	平成○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
			死亡年月日	令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

請求者がいる場合

公金受取口座を利用する	
□ 利用する	☑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。

給付金受取口座												
	○ ○	銀行・労金 / 信金・信組 / 農協・漁協	○ ○	本店 / 支店 / 出張所	金融機関コード	1	2	3	4	支店コード	1	2	3
	（フリガナ）	キョウサイ ハナコ	口座番号（右づめ）		1	2	3	4	5	6	7	預金種別
	口座名義人（請求者）	共 済 花 子										普通・当座

上記のとおり地方公務員等共済組合法第47条による支払未済給付金を請求します。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日　〒 ○○○ － ○○○○

（請求者）
住 所　茨城県○○市○○町○○番地
氏 名　共 済 花 子　印
生年月日　平成○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
組合員との続柄　（ 妻 ）
電話番号　○○○ － ○○○ － ○○○○

同意書（請求者以外に同順位者がいる場合）

支払未済給付金については、上記請求者を代表者とすることに同意します。

住 所	氏 名	組合員との続柄
	印	
	印	
	印	

請求者が子で兄弟姉妹がいる場合などに記入してください。

請求者がいない場合

支払未済給付金を請求できる者はいませんので申し立てます。※添付書類は不要です。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日　〒 －

（申立者）
住 所
氏 名　印
組合員との続柄　（ ）
電話番号　－ －

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

所属所長
職 名　○ ○ 市 長
氏 名　○ ○ ○ ○

受 付 印

1.請求できる方は、①配偶者、②子、③父母、④孫、⑤祖父母、⑥兄弟姉妹、⑦三親等以内の親族の順で、「死亡時に組合員と生計を共にしていた者」となります。
2.この請求書を提出するときは、①親族の順位がわかる書類（**戸籍謄本**、**除籍謄本**等）及び②請求者の**預金通帳の写し**を添付してください（同一人が遺族年金を請求する場合は省略可）。
3.生計同一関係の確認のため、別途書類の提出を求める場合があります。