

決 裁	確 認	係


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)

組合員等 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇〇	所 属 所	〇 〇 市 役 所
組合員氏名	共 濟 太 郎	生 年 月 日	昭 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
		死 亡 年 月 日	令 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

請 求 者 が い る 場 合	氏 名	共 濟 花 子 (続柄 妻)		生 年 月 日	昭 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
	住所等	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地 電話 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇						
	公金受取 口座	<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない → 下欄に口座情報をご記入ください。						
	受 取 口 座	〇 〇 〇 銀行・労金・信金・信組・農協・漁協				〇 〇 〇 本店・支店・出張所		
		金融機関コード	支店コード	種別	口座番号 (右づめ)			口座名義 (カタカナ)
		1 2 3 4	1 2 3	普通 当座	0	1 2 3 4 5 6 7	キョウサイ ハナコ	
	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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 氏 名 共 濟 花 子 (印)							
	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、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 住所 〒 - 申立者 氏 名 (印) (続柄) 電話 () -						
-------------------	---	--	--	--	--	--	--

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 所属所長 職名 〇 〇 市 長 氏名 〇 〇 〇 〇	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」です。
2. 親族の順位がわかる書類(戸籍謄本、除籍謄本等)及び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、その他の書類の提出を求める場合があります。