共済組合	課 長	確 認	担 当

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	
	氏 名		生年月日	年　月　日
			死亡年月日	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	支店コード	
	（フリガナ）		口座番号（右づめ）	預金種別	
	口座名義人（請求者）			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

年　月　日　〒　－

（請求者）
住 所
氏 名　㊞
生年月日　年　月　日
組合員との続柄　（　　）
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
	㊞	
	㊞	
	㊞	

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　㊞
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。

年　月　日

所属所長
職 名
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。