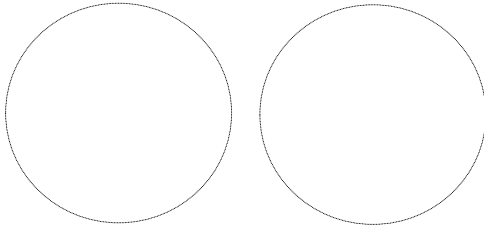


共済組合受付日付印 所属所受付日付印



決 裁	課 長	合 議	担 当

弔 家 族 弔 慰 金 請 求 書

決 定 額	※	円
-------	---	---

組 合 員 証 記 号 番 号	—	組 合 員 氏 名		所 属 機 関 名		
市 区 町 村 長 の 証 明	死 亡 者 氏 名		生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和 年 月 日 (歳)	性 別 (続 柄)	男 ・ 女 ()
	死 亡 年 月 日	令 和 年 月 日	死 亡 の 場 所			
	死 亡 の 原 因 及 び そ の 状 況					
	非 常 災 害 に よ り 死 亡 し た こ と を 証 明 す る。 令 和 年 月 日 証 明 者 職 名 氏 名 ⑩					
標 準 報 酬 月 額	職 () 等 級 円	※ 算 定	円 × $\frac{100}{100}$ = $\frac{70}{100}$ 円			
任 意 継 続 組 合 員 標 準 報 酬 月 額 [円]						
上 記 の と お り 申 請 し ま す。 石 川 県 市 町 村 職 員 共 済 組 合 理 事 長 様 令 和 年 月 日 請 求 者 住 所 氏 名 組 合 員 と の 関 係 ()						
上 記 の 記 載 事 項 に 誤 り が ない こ と を 確 認 し ま し た。 令 和 年 月 日 所 属 所 長 職 名 氏 名						

- 任意継続組合員は、標準報酬月額欄に退職の際の標準報酬月額を記入し、〔 〕には任意継続掛金の標準報酬月額を記入してください。
- ※欄は記入しないでください。
- 添付資料：現場の写真、新聞記事など災害の程度が客観的に判定できる資料。
被扶養者以外の者が請求するときは、組合員との関係が判る戸籍謄本。
死亡診断書(死体検案書)。
弔慰金を請求する場合は、振込先が判る通帳の写し。