



決 裁	課長	合議	担当

弔 慰 金 請 求 書

弔 家 族 弔 慰 金

決定額	※ 円
-----	-----

組合員等 記号番号	—	組合員名 氏名		所属名 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	$\text{円} \times \frac{100/100}{70/100} = \text{円}$		
	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。 石川縣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					

1. 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。
2. ※欄は記入しないでください。
3. 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。