

弔 意 金 請 求 書
 家 族 弔 意 金

所属所受付年月日	共済組合受付年月日

		※決 定 額	
組合員等記号・番号	組合員氏名	所属名	法定給付 円
公立福井			計 円
死亡時の標準報酬月額		所属コード	請求金額
第 級	円		円
市町村長 または 警察署長 の 証 明	死亡者名	死亡者の 生年月日	年 月 日
	死亡年月日	性別	男・女 続柄
	死亡の 原因及び その状況	死亡の 場 所	
	非常災害により死亡したことを証明します。 職 名 年 月 日 証明者 氏 名 職印		
給付金受取口座	銀行名	銀行コード	本・支店名
	名 義 人(かた)		
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合福井支部長 様 年 月 日 〒 請求者 住 所 氏 名			
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 職 名 所属所長 氏 名 T E L			

※欄は記入しないでください。