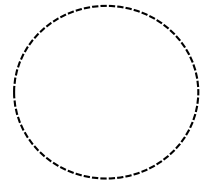


弔慰金
家族弔慰金

請 求 書



決定額 別紙のとおり

所属所受付印

組合員証 記号番号	公立茨城 第 号	フリガナ 組合員氏名 職員番号 (給与のゴム印)		所属所名 所属コード (給与のゴム印)	
フリガナ 死亡者氏名		死亡者 生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	性別 男 女	
死 亡 年 月 日	令 和 年 月 日		死亡場所		
死 亡 の 原 因 及 そ の 状 況					
標準報酬月額	等級	月額	円	請求金額	円
請求者の取引銀行名 (弔慰金請求の場合)	銀行名	支店名	口座番号	名義氏名	ふりがな
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合茨城支部長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名 (弔慰金請求の場合)組合員との続柄					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏名 印					
所属所所在地	(〒 ー) (電話番号)				

- (注) 1 死亡診断書(死体検案書)を添えて下さい。
2 「標準報酬月額」の欄は、任意継続組合員の場合は、任意継続掛金の標準となった標準報酬月額を記入してください。