

弔 慰 金
 家 族 弔 慰 金

請 求 書

所属所文書受付印

共済事務担当者

決定金額 ※

円

組合員 番 号			所属所名						
(フリガナ)			弔慰金請求者 ●弔慰金(組合員死 亡) 請求の場合のみ記入	氏名					
組合員氏名				続柄					
死 亡 者	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
短期掛金の 基礎となる額	標準報酬			円					
	等級 第		級					標準報酬 月額	
請求金額			円						
上記のとおり請求します。				〒					
公立学校共済組合鹿児島支部長 殿				住所					
令和	年	月	日	請求者					
				氏名					
				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				〒					
令和	年	月	日	所属所所在地					
				所属所長 職・氏名					
				電話番号 (-	-)		
市 区 町 村 長 又 は 警 察 署 長 の 証 明 欄	死 亡 者	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		死亡年月日	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	死亡の場所								
	死亡原因及びその状況								
	上記のとおり非常災害により死亡したことを証明します								
令和 年 月 日 職名									
証明者									
氏名									

注1 ※印欄は記入しないでください。

2 市区町村長又は警察署長の証明を受けた上で提出してください。

3 新聞等に掲載された記事があるときは、その切り抜き等を添付してください。