

弔慰金・家族弔慰金請求書

所属所名	所属コード	組合員記号番号		組合員氏名
		公立長野		
給付の基礎となる標準報酬月額①		請求金額		決定金額
円		☐ 弔慰金	①×1ヶ月分	共済使用欄 円
		☐ 家族弔慰金	①×0.7ヶ月分	

市町村長 又は 警察署長 の証明	死亡者氏名		続柄	生 年 月 日	
				年 月 日	
	死亡した場所			死亡日	年 月 日
	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。 年 月 日 職名 証明者 氏名				

上記のとおり請求します。	住所 〒 -
公立学校共済組合長野支部長 様	フリガナ 氏名
年 月 日	電話 (- -)
請求者	組合員との続柄 ()

請求者が組合員以外の場合は必ずご記入ください。				
振込先金融機関	振込先金融機関	預金種別	口座名義（カタカナ）	口座番号
銀行・信金 信組・農協 その他	支店	普通・当座		

【添付書類】

- 1 市町村長又は警察署長が発行する死亡者の氏名、生年月日、続柄、死亡原因等が分かる証明書（死亡診断書、罹災証明書、交通事故証明書等）
- ※「市町村長又は警察署長の証明」欄に証明がとれない場合に提出してください。

所属所受付印

【注意事項】

組合員の死亡が公務に起因するか否かは問いません。