

他共済組合への請求確認書

組合員と同一の世帯内に、令和6年能登半島地震により被災し、同じ住居・家財について損害を受けた他共済の組合員（地方職員共済組合・市町村職員共済組合・警察共済組合）が他共済組合へ災害見舞金の請求をしている（請求予定含む）場合は、下記に記入してください。

記

1 組合員（本人）

組合員氏名	
組合員証番号	

2 他の共済組合員（同一世帯内の家族等）

1	罹災者氏名・続柄	(フリガナ)	続柄
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	他の共済組合名		
	組合員証番号		
2	罹災者氏名・続柄	(フリガナ)	続柄
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	他の共済組合名		
	組合員証番号		
3	罹災者氏名・続柄	(フリガナ)	続柄
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	他の共済組合名		
	組合員証番号		

※ 同一の損害に対する災害見舞金を他共済組合員が他共済組合へ請求している場合、他の共済組合と協議のうえ支給することとなりますので、支給までに時間を要することがあります。