

共済組合	課長	確認	担当

支払未済給付金請求書(短期給付)

組合員	組合員証 記号番号	○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○ ○	所属所名	○ ○ 市役所				
	氏名	共済太郎		生年月日	昭和○○年 ○○月 ○○日			
			死亡年月日	令和 ○年 ○○月 ○○日				
給付金 受取口座	金融機関コード	銀行・労金	本店	預金種別	口座番号			
		信金・信組	支店	普通・当座	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○			
	農協・漁協	出張所	普通・当座	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○				
	金融機関コード	支店コード	(フリガナ)	キョウサイ ハナコ				
	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	口座名義人 (請求者)	共済花子				
請求者が いる 場合	上記のとおり地方公務員等共済組合法第47条による支払未済給付金を請求します。							
	茨城県市町村職員共済組合理事長 様							
	令和 ○年 ○月 ○日		〒 ○○○-○○○					
			住所 茨城県○○市○○町○○○-○					
			(請求者) 氏名		共済花子		印	
			生年月日		昭和○○年 ○○月 ○○日			
			組合員との続柄		(妻)			
			電話番号		○○○ - ○○○ - ○○○○			
請求者が いない 場合	同意書(請求者以外に同順位者がいる場合)							
	支払未済給付金については、上記請求者を代表者とすることに同意します。							
	住所	氏名				組合員との続柄		
						印		
						印		
						印		
請求者が いない 場合	支払未済給付金を請求できる者はいませんので申し立てます。※添付書類は不要です。							
	茨城県市町村職員共済組合理事長 様							
	年 月 日		〒					
			住所					
			(申立者) 氏名		印			
			組合員との続柄		()			
			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								
		所属所長		職名		○ ○ 市長		
				氏名		○ ○ ○ ○		
						印		

- 請求できる方は、①配偶者、②子、③父母、④孫、⑤祖父母、⑥兄弟姉妹、⑦三親等以内の親族の順で、「死亡時に組合員と生計を共にしていた者」となります。
- この請求書を提出するときは、①親族の順位がわかる書類(戸籍謄本、除籍謄本等)及び②請求者の預金通帳の写しを添付してください(同一人が遺族年金を請求する場合は省略可)。
- 生計同一関係の確認のため、別途書類の提出を求める場合があります。

受付印

