

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							
	氏 名	生年月日		年	月	日				
死亡年月日		年	月	日						
請 求 者 が い る 場 合	給付金 受取口座	銀行・労金 信金・信組 農協・漁協		本 店	預金種別		口座番号			
		金融機関コード		支店コード	(フリガナ)	普通・当座				
					口座名義人 (請求者)					
	<p>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。</p> <p style="text-align: center;">茨城県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 日 千</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">(請求者) 氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">生年月日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員との続柄 ()</p> <p style="text-align: center;">電話番号 - -</p> <p style="text-align: center;">同意書(請求者以外に同順位者がいる場合)</p> <p>支払未済給付金については、上記請求者を代表者とする事に同意します。</p> <p>住 所 氏 名 組合員との続柄</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: right;">印</p>									
請 求 者 が い な い 場 合	<p>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。</p> <p style="text-align: center;">茨城県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 日 千</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">(申立者) 氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">組合員との続柄 ()</p> <p style="text-align: center;">電話番号 - -</p>									
	<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職名</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>									

1. 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。
2. 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)。
3. 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

