弔慰金・家族弔慰金　請求書

局長	課長	係長	係
課長専決			

決定額	弔慰金 / 家族弔慰金	※ 円

組合員証 記号	組合員証 番号	組合員氏名	所属機関名

市町村長又は警察署長の証明	死亡者氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日	
			性別	男・女	続柄	
	死亡年月日	令和　年　月　日	死亡の場所		
	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。 令和　年　月　日 職名 証明者 氏名　印				

標準報酬月額	第　級　円	請求額	弔慰金 / 家族弔慰金	円

上記のとおり請求します。

鹿児島県市町村職員共済組合理事長　殿

令和　年　月　日

住　所

請求者

氏　名　印

組合員との続柄（　　）

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

職　名

所属所長

氏　名　印

共済組合受付印

注）1. 任意継続組合員は、標準報酬月額欄に退職の際の掛金の基礎となった標準報酬月額のほか、任意継続掛金の基礎となった標準報酬額を記入してください。

2.「弔慰金」の支給をうけようとする者にあっては、遺族の順位を証明する書類を添付してください。

3. ※印は記入しないでください。