

弔 慰 金 請 求 書

所属所番号	共済会員番号	共済会員 氏 名	協会記入欄 種 別		所属所名	
死亡した 方の氏名			続柄	1. 会員本人 2. 被扶養者(続柄 )		
資格取得(または認定)年月日	昭和 平成	年 月 日	死亡年月日	平成	年 月 日	
請求金額	<input type="checkbox"/> 会員 20,000 円		<input type="checkbox"/> 被扶養者 10,000 円			
受取金融機関 (会員が受取の場合は 記入不要)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	店番号	普通預金 口座番号		
<p>上記のとおり弔慰金を請求します。</p> <p>一般財団法人北海道市町村職員福祉協会会長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>請求者(ふりがな)</p> <p>氏 名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>(会員以外の場合、会員との続柄) ( )</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>平成 年 月 日</p> <p>所属所名</p> <p>所属所長名 <span style="float: right;">印</span></p>						

- 注) 1 会員及びその被扶養者が死亡したときに支給します。  
 2 被扶養者の範囲は、運営規則第6条の規定によります。  
 3 遺族の範囲は、地共法第2条第1項第3号の遺族の範囲に準じます。  
 4 会員への送金は、共済組合の登録口座となります。