

弔 慰 金 請 求 書

|  |  |             |  |                      |                      |       |  |
|--|--|-------------|--|----------------------|----------------------|-------|--|
| 所属所番号<br>.....   | 共済会員番号<br>.....  | 共済会員<br>氏 名 |  |                      | 協会記入欄<br>種別<br>..... | 所属所名  |  |
| 死亡した<br>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   | 年 月 日  | 死亡年月日       | 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<br>(会員が受取の場合は<br>記入不要)  | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店<br><input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 支店 |             | 店番号<br>.....                           | 普通<br>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>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>請求者 (ふりがな)</p> <p>氏 名</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>年 月 日</p> <p>所 属 所 名</p> <p>所属所長名</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。