


<input checked="" type="checkbox"/> 家族死亡の場合 の決定してよろ しいかと伺います。	決	局 長	課 長	課長補佐	係 長	係
	裁					

弔 慰 金 請 求 書
 家 族 弔 慰 金

				決定額	※	円
組合員証 記号番号	100 - 8888	組合員氏名	共 済 太 郎	所属所名	〇 〇 〇	
標準報酬月額		340,000 円		請求金額	238,000 円	
市区町村長 又は警察署 長の証明	死亡者氏名	共 済 美 佳	死亡者 生年月日 性別続柄	平成 〇 年 4 月 8 日 性別 男・ 女 続柄 長女		
	死亡年月日	令和 〇 年 4 月 26 日	死亡の場所	〇〇町〇〇 小学校前路上		
	死亡の原因 及びその状 況	4月26日〇〇小学校前の交差点で、集団登校中の学童の列に 暴走トラックが突込み、美佳は出血多量で即死した。				
	非常災害により死亡したことを証明する。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 職 名 〇〇警察署長 証明者 氏 名 〇 〇 〇 〇 					
上記のとおり請求します。 山形県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇 年 〇 月 〇 日 住 所 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇〇号 請求者 氏 名 共 済 太 郎 組合員との続柄 本人						
上記の記載事項は事実と相違いないものと認めます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 職 名 〇 〇 市 長 所属所長 氏 名 〇 〇 〇 〇						

所属所
受付印

※. 印欄は、記入しないでください。