

## 弔慰金等 請求書

神戸市職員共済組合

|   |  |  |   |                       |
|---|--|--|---|-----------------------|
| 組合員<br>(請求者)<br>が記入するところ                            | 組合員<br>記号・番号                                       | 記号 1<br>番号 123456  | 所属  | 〇〇局〇〇課<br>電話 〇〇〇-〇〇〇〇 |
|   | 死亡者の<br>氏名   | 共済 竹一郎<br>昭和 平成・令和 23年10月21日生                                  | 組合員(本人)<br>・<br>組合員被扶養者(家族)                     | 死亡年月日 令和 6年 11月 11日   |
|   | 標準報酬月額   | 〇〇 等級  | 〇〇〇, 〇〇〇 円                                      |                       |
|   | 死亡の原因<br>及び<br>その状況                                | 令和6年11月11日午前2時ごろ、就寝していた自宅2階から出火し、全焼したため。                       |   |                       |
|   | 死亡の場所<br>(自宅、病院等)                                  | 自宅   |   |                       |
|   | 振込口座 (組合員が死亡した場合のみ記入) ※被扶養者が死亡した場合は下記注意事項3をご確認ください |  |   |                       |
|   | 振込<br>口座   | 金融機関名  | 種別  | 口座番号(右づめ)             |
|   |  | 銀行・農協<br>金庫・組合   | 支店<br>普通<br>(本店・出張所)<br>普通以外のときは下記<br>に記入してください |                       |
|   |  | フリガナ   | 被扶養者死亡の場合は記入不要                                  |                       |
|   | 名義   | ※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字3文字)・預金種目(普通又は貯蓄)・口座番号(数字7けた)を記入してください。 |   |                       |
| 上記のとおり請求します。 令和 6 年 11 月 20 日                       |  |  |   |                       |
| 住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1                                  |  |  |   |                       |
| 組合員(請求者)の<br>氏名 共済 花子<br>[自宅・携帯] 電話 (090) 〇〇〇〇-〇〇〇〇 |  |  |   |                       |

## 《提出にあたっての注意事項》

- 組合員又はその被扶養者が、水震火災その他の非常災害により死亡したときに支給対象となります。
- 裏面の市町村長又は警察署長の証明欄に記入・押印を受けるとともに添付書類を添えて提出してください。
- 給付金は共済組合に登録済みの組合員名義の口座に振り込みます。登録口座を変更したい場合は「給付金振込口座届」(様式3-11)の手続きもおこなってください。組合員名義以外の口座への振り込みを希望する場合は「給付金受取に関する委任状」(様式3-17)を併せて提出してください。
- 組合員死亡において未支給の給付金がある場合には、請求要件に該当するご家族の有無を共済組合から確認させていただきます。

|         |
|---------|
| 共済組合受付印 |
|---------|

|                      |        |                          |
|----------------------|--------|--------------------------|
| 共済組合事務処理欄            |        |                          |
| 事務局次長                | 医療係長   | 係                        |
| 伺                    |        |                          |
| 下記のとおり決定する。 令和 年 月 日 |        |                          |
| 支給額                  |        | 円                        |
| 内訳                   | 標準報酬月額 | 円 × 1.0 =<br>(家族弔慰金は0.7) |