

支払未済給付請求書

神戸市職員共済組合

組合員証の 記号・番号	記号	1	所 属	〇〇局〇〇課	
	番号	123456		電話	〇〇〇—〇〇〇〇
組 合 員 の 氏 名	共 済 康 雄			死亡した日	平成
	昭和	平成	41年1月1日生	令和	3年4月24日

上記の者が支給を受けることができた給付で、その支払を受けなかったものがあるときは下記に支給するよう請求します。

神戸市職員共済組合理事長 あて

令和 3 年 5 月 20 日

請 求 者	氏 名	フリガナ キョウサイ タケコ	死亡者との 身分関係	妻
		共 済 健 子		
住 所	郵便番号	650 - 8570	電話番号 (090) 0000-0000	
	神戸市中央区加納町6丁目5-1			
振 込 口 座	金 融 機 関 名	きょうさい 銀行・農協 金庫・組合	種 別	口座番号 (右づめ)
		三宮 支店 (本店・出張所)	普通 <small>普通以外のときは下記 に記入してください</small> ()	2 3 4 5 6 7 8
※ 請求者本人名義の口座を記入してください。 ※ 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。				

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
	下記のとおり決定する。 令和 年 月 日		
	決定額	円	
	内 訳	法定給付	円
附加給付		円	

《提出にあたっての注意事項》

- 請求者は組合員の死亡当時、組合員と生計を共にしていた配偶者、子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹又はこれらの者以外の三親等内の親族です。
 - 生計を共にしていた者がいない場合には、該当者がいないこととなります。
 - 給付を受けるべき者の順位は、配偶者、子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹、これらの者以外の三親等内の親族の順序です。前順位の方がいる場合は後順位の方は請求できません。
 - 給付を受けるべき同順位者が複数いるときは、そのうちのどなたが請求者になっても差し支えありません。
 - 遺族の順位を確認するための下記の書類を添付してください。(遺族厚生年金等の請求に添付されている場合は省略できます。)
- 請求者と死亡した組合員の身分関係を証明する書類 (例: 戸籍謄本等)
- 請求者と死亡した組合員が生計を同じくしていたことを証明する書類 (例: 住民票等)
- 振込口座が確認できる書類 (預金通帳の写し等)