

記号は、
職員の方は「9700」、
任意継続組合員の方は「9720」
とご記入ください。

番号は職員コードを記入してください。
任意継続組合員の方は、組合員証に記載
された番号を記入してください。

記載例

弔慰金 家族弔慰金 請求書

請求者（組合員等）記入欄	組合員証	(記号) 9 7 0 0	(番号) ● ● ● ● ●	所属機関 名称	(局・室・区) 総務企画局	(部) 人事部	(課) 福利厚生課	
	組合員氏名	共済 太郎			所在地	福岡市中央区天神1丁目8番1号		
	標準報酬の等級及び月額			24 級 440,000 円				
	請求金額	標準報酬月額 ※家族の死亡の場合は、標準報酬月額×70/100		440,000 円				
上記のとおり請求します。								
福岡市職員共済組合理事長								
平成 27 年 10 月 15 日 請求者				〒 ●●●-●●●● 住所 福岡市中央区●●●-●●●-●●●				
振込先は、ゆうちょ銀行以外の請求者本人 名義の口座を記入してください。 *死亡したのが被扶養者である場合は、共 済組合へ登録いただいている口座へ振り込 みますので、記入不要です。				氏名 共済 太郎 印				
				銀行名		銀行		
				本・支店名		本・支店		
口座番号		(普通)		氏名		印		
市区町村長又は警察署長の証明欄	死亡者氏名	死亡者生年月日			年	月	日	
	死亡年月日	年	月	日	続柄	性別		
	死亡場所							
	死亡の原因及びその状況	市区町村長又は警察署長から証明を取ってください。						
	非常災害により死亡したことを証明します。							
平成 年 月 日	証明者	職名						
		氏名	印					
所属機関証明欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。							
	所属長(課長)の証明が必要となります。 申請者が部長以上の場合は、庶務担当課長の証明が必要となります。 任意継続組合員の方は証明不要です。							
	所属機関の長		職名	福利厚生課長				
		氏名	短期 花子 印					

* 本請求書に記載された個人情報、当該給付金支給のために利用します。
弔慰金を請求する場合は、遺族の順位を証明する書類の添付が必要となります。