

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) 97●●	(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。 (あて先) 福岡市職員共済組合理事長 令和●年●月●日 請求者 〒●●●-●●●● 住所 福岡市中央区●●●-●●-●● 氏名 共済 太郎 連絡先(自宅・携帯) 090-△△△△-××××							
振込先は、請求者本人名義の口座を記入してください。 *死亡した方が被扶養者様である場合は、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。				依頼先	銀行名	△△△△	銀行	
					本・支店名	△△△	本・支店	
					口座番号 (普通)	1234567		
					口座名義(カナ)	キョウサイ タロウ		
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。	年	月	日	証明者	職名		
				氏名	印			

* 本請求書に記載された個人情報は、当該給付金支給のために利用します。
* 支給が決定しましたら、決定通知書を送付します。決定に不服があるときは、行政不服審査法により、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で、福岡市職員共済組合審査会に審査請求をすることができます。また、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、当共済組合を被告として提起することができます。

弔慰金を請求する場合は、遺族の順位を証明する書類(戸籍全部事項証明書等)の添付が必要となります。