

弔慰金

請求書

家族弔慰金

職員番号（独法職員のみ）

地方職員共済組合大阪府支部長 様

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

組合員氏名	組合員（記号）番号	（地・大阪）	所属名
-------	-----------	--------	-----

請求金額	円
------	---

市区町村長 又は 警察署長の 証明	死亡者氏名	死亡者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	続柄	死亡 年月日	令和 年 月 日
	死亡の場所		
	死亡の原因 及びその状況		
	非常災害により死亡したことを証明する。 令和 年 月 日 職名 証明者 氏名		

日中の 連絡先	職場（ <input type="checkbox"/> 代表・ <input type="checkbox"/> 直通） 又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯	Tel : Tel :	内線 :
------------	--	----------------	------

※下記は記入不要です

共済受付 /処理欄	受付日 年 月 日	所属所 受付 /処理欄	受付日 年 月 日
	処理日 年 月 日		処理日 年 月 日

決定額	円
-----	---

