

課 長	補 佐	主 幹	担 当

未支給給付金(短期給付金)請求書

群馬県市町村職員共済組合理事長 殿

平成 年 月 日

住 所 _____

請 求 者 氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

元組合員との続柄 _____

電話番号 _____

元組合員(氏名) _____ [(記号番号) _____ - _____]が、平成 年 月 日に死亡したことにより、短期給付金については、下記指定金融機関の口座へ送金されたく、遺族又は相続人の同意書を添えて請求します。

記

受取金融機関指定届

金融機関名	支 店 名	預金の種類	口 座 番 号	口 座 名 義 人
				ふりがな

(注) 口座名義人は、請求者本人に限ります。

同 意 書

上記の短期給付金については、上記請求者を代表者とすることに同意します。

(住所)

(氏名)

(元組合員との続柄)

_____ . _____

_____ . _____

_____ . _____

_____ . _____

※必要添付書類 ①同順位者全員と元組合員の続柄を証明するもの。(戸籍謄本など)

②受取金融機関の通帳の写し。

(元組合員の死亡当時その者と生計同一関係にあるもの場合は、別途書類の提出を求める場合があります。)