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　様

令和　　年　　月　　日

請　求　者

住　　所

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)　　－　　(生年月日)　　年　　月　　日が、令和　　年　　月　　日に死亡したことにより、短期給付金については、下記振込先へ送金されたく、請求します。

未支給給付金の請求権の確認	この欄は、次の優先順位を理解し、先順位者がいないことを確認（チェック☑）してください。 私は、元組合員の死亡当時、生計を同じくしており、①配偶者、②子、③父母、④孫、⑤祖父母、⑥兄弟姉妹、⑦三親等内の親族の順のうち、私より先順位者はいないため、私が請求権者となります。 ☐ 上記内容を確認した
未支給給付金の振込先	この欄は、次のいずれかの受取口座を選択してチェック☑してください。 ☐ 公金受取口座を利用する ※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単にご登録いただけます。 ☐ 振込口座を指定する（こちらを選択した場合は、口座情報を記入してください。） 金融機関名 ／ 支店名 預金種別 ／ 口座番号 ※口座名義人は、請求者本人に限ります。

※必要添付書類

①元組合員との続柄を証明するもの。（戸籍謄本など）

②上記「未支給給付金の振込先」欄の選択に応じて、次のいずれかの書類を添付してください。

☑ 公金受取口座を利用する場合…必要事項を記入した別添の同意書

☑ 振込口座を指定する場合…上記で記入した振込先金融機関等の口座名義等が確認できる通帳の写し

③生計同一関係の確認のため、元組合員の住民票（除票）と、請求者の世帯全員の住民票。

④必要に応じて、別途書類の提出を求める場合があります。

公金受取口座情報を利用するために必要な特定個人情報の提供及び利用に係る事務の実施についての同意書

（群馬県市町村職員共済組合の加入者（組合員・被扶養者）以外の方の手続用）

群馬県市町村職員共済組合理事長　様

私は、公金受取口座情報を利用するため、以下の特定個人情報について提供することに同意し、群馬県市町村職員共済組合が公金受取口座情報を照会するために必要である項番１～４を利用した被保険者枝番を取得する事務（個人番号が不明な場合は項番２～５を利用した個人番号照会事務を含む。）を実施することに同意します。

令和　　年　　月　　日

氏名

項番	項目	記　入　欄
1	個人番号	
2	氏　　名	
3	性　　別	
4	生年月日（西暦）	
5	住　　所 （個人番号が不明の場合のみ記入）	都･道府･県　　市･区郡

※　取得した被保険者枝番及び個人番号は、公金受取口座に給付金を給付後速やかに削除します。