

支払未済給付請求書

※組合員の死亡により、支払未済給付の請求をする場合に提出してください。

フリガナ		性別	生	年	月	日
元組合員氏名		男・女	昭和・平成	年	月	日
組合員証 記号番号	—	死亡した日	平成	年	月	日

フリガナ		元組合員との続柄				
請求者氏名 (口座名義人)		配偶者・子・父母・孫・祖父母 その他()				
生年月日	昭和・平成	年	月	日		

フリガナ	〒 —					
住所	都・道 府・県		市・区 郡			

支払未済給付 の受取機関	金融機関名			本店(所) 支店(所)		預金種目 (普通預金)		口座番号(右詰)		
	金融機関コード			店舗コード						

金融機関コード及び店舗コードは記入しないでください

上記のとおり、地方公務員等共済組合法第47条による支払未済給付を請求します。										
鳥取県市町村職員共済組合 理事長 様										
平成 年 月 日										
請求者氏名										印

※支払未済給付の請求をできる者の順位は、配偶者、子、父母、孫、祖父母で、組合員が死亡した当時、原則として組合員によって生計を維持していた者です。

※書類の添付をお願いする場合があります。