

# 組合員死亡に係る支払未済の短期給付請求書

① 組合員証の記号番号				② 組合員氏名				③ 所属所名			
			-								
④ 組合員死亡年月日				⑤ 請求者氏名				⑥ 請求者生年月日			
令和	年	月	日	フリガナ				年	月	日	
⑦ 組合員との続柄				⑧ 遺族厚生年金の請求権の有無				有	無		
⑨ 請求者の住所											
〒			-					電話番号	( )	-	
⑩ 支払未済の短期給付の振込先 (漁業協同組合は指定できません。)											
金融機関名称		コード		支店(支所)名		コード		口座名義人氏名 (カタカナで記入してください。)			
								普通預金口座番号			
上記のとおり請求します。 福井県市町村職員共済組合 理事長 様 令和 年 月 日 請求者氏名 <span style="float: right;">印</span> (自署の場合、押印は不要です。)											
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 <span style="float: right;">印</span>											

- \* この請求書は、組合員の遺族（遺族がない場合には相続人）の方が提出してください。
- \* この請求書には、死亡した組合員及び請求者との関係及び同一生計が確認できる**戸籍謄本・住民票謄本・住民票除票（すべて原本）**を添付してください。  
なお、「遺族厚生年金決定請求書」と同時に提出する場合には、添付不要です。

受 付