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	ー	死亡した日	令和　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・令和　年　月　日	
フリガナ		
住所	〒　ー 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

令和　年　月　日

請求者氏名

※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。