

支払未済金請求書

組合員証 記号番号	—	組合員氏名		所属機関名	
生年月日	年 月 日	死亡年月日	年 月 日		
給付の種類		備考			
振込先金融機関等					
金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店名		本店	支
預金 種目	口座 番号	口座名義人 (請求人)	フリガナ		

① 組合員証の記号・番号、組合員氏名、所属機関名（市町村・一部事務組合）を記入してください。

② 組合員の生年月日及び死亡年月日を記入してください。

③ 組合員が死亡してから発生する短期給付金（高額療養費、一部負担金払戻金等）を受け取る遺族（請求者）名義の口座を記入してください。

上記のとおり地方公務員等共済組合法第47条による支払未済金を請求します。

山梨県市町村職員共済組合理事長 殿

年 月 日

住 所

請 求 者

氏 名

（生年月日 年 月 日）

組合員との続柄 （ ）

④ 請求年月日と請求者の住所・氏名・生年月日及び組合員との続柄を記入してください。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職 名

所属所長

氏 名

印

⑤ 請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合長）の職名・氏名を記入し押印してください。

1. この請求書を提出するときは、戸籍謄本等の遺族の順位が分かる書類を添えてください。
2. 請求する遺族の順位は、配偶者及び子、父母、孫、祖父母の順となります。（遺族年金を請求する場合は、同じ請求者）