

※ 決裁 伺	課長	主幹・副主幹	係員	主任

短期給付金遺族口座振込依頼書

元 組 合 員	氏名			
	元所属所名			
	組合員証番号			
遺 族 口 座 名 義	フリガナ			
	氏名			
	振込先金融機関	銀行 農協 信用金庫	労働金庫 信用組合	支店 支所
	口座番号		預金種別	普通預金

亡くなった組合員について記入してください。

亡くなった組合員にかかる短期給付金を受け取る人について記入してください。

短期給付金について、上記口座に振込みくださるよう依頼いたします。

平成 年 月 日

神奈川県市町村職員共済組合理事長 様

依頼年月日を記入してください。

請求者 (千 -)

住所 都・道 市 区・町・村
府・県 郡

電話 ()

氏名 ⑩

元組合員との続柄

上記「遺族口座名義」に記入した人の住所・電話・氏名・亡くなった組合員からみた請求者の続柄を記入し押印してください。

〔 組合員申告書提出時に必ず添付してください。
上記遺族口座名義と埋葬料請求者名は同一であること。 〕

入力日 平成 年 月 日