

支払未済金請求書

組 合 員 等 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、住民票（謄本）、振込先金融機関を確認できる書類（預金通帳の写し等）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）