

短期給付金等支払未済給付請求書

京都府市町村職員共済組合理事長 様

下記元組合員の死亡後の給付金等（短期・保健関係に限る。）については、地方公務員等共済組合法第47条の規定に基づき、元組合員の遺族の代表又は相続人である私名義の下記普通預金口座へ振込んでください。

なお、この振込みについて私以外の遺族又は相続人から異議の申し立てがあったときは私の責任において対処し、共済組合には一切迷惑をかけることを誓約します。

記

年 月 日

元組合員	記号		番号		所属所名	
	氏名					
	生年月日		年		月	日
	死亡年月日		年		月	日
請求者	氏名			元組合員との続柄		
	生年月日		年		月	日
	住所	〒				
	金融機関名	本支店名		普通預金口座番号		
	ふりがな					
	銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫	本店 支店		口座名義人氏名		
			ふりがな			
※金融機関コード		※支店コード				

(注) ① 口座番号の数字は右づめで記入してください。

② ※は共済組合記入欄ですので記入不要です。