

決裁欄	事務局次長	係長	係員	取得日 昭平令 年 月 日	喪失日 平令 年 月 日
				給付額決定年月日	平令 年 月 日
種別	算式			支給額	
甲慰金 家族甲慰金	(標準報酬月額) × 1.0 = 円 × 0.7 = 円			円	

○ 甲 慰 金 請 求 書
○ 家 族 甲 慰 金

組 合 員 記 入 欄	組合員証	(記号) (番号) 1 - 1234567	氏名	共済 太郎	
	所属所名称	局			
	標準報酬等級	第 級	標準報酬月額	円	
	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日		住所	大阪市 区 x - x - x	
		氏名	共済 太郎 (印)		
		組合員との関係	本人		
大阪市職員共済組合理事長 あて		連絡先(電話番号)	- -		
市 区 町 村 長 又 は 警 察 署 長 の 証 明 欄	死亡者氏名	共済 一郎	生年月日	昭平令 年 月 日	
	性別	男・女	組合員との続柄	父	死亡年月日 平令 年 月 日
	死亡場所	大阪市 区 x - x - x (自宅)			
	死亡原因 および その状況	震度7の地震により、倒壊した家屋の下敷きとなり、死亡したもの。			
	非常災害により死亡したことを証明します。 令和 年 月 日 証明者		職名	大阪市 区長 (印)	
		氏名	区 太郎		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属機関の長 又は所属所長 職名 氏名					

受付印

甲慰金を請求する場合は、遺族の順位を証明する書類の添付が必要となります。