

様式第10号

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

○ 弔 慰 金 請 求 書
○ 家 族 弔 慰 金

組 合 員 記 入 欄	組合員証 (記号) (番号)	氏名
	所属所名称	
	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 請求者 大阪市職員共済組合理事長 あて	
市 区 町 村 長 又 は 警 察 署 長 の 証 明 欄	死亡者氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日
	組合員との続柄	死亡年月日 令和 年 月 日
	死亡場所	
	死亡原因 および その状況	
	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 氏名 (印)	
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		



弔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。