様式第10号

決裁欄	事務局次長	係　長	係　員	取得日 認定日 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）　円 × 1.0 / 0.7 ＝　円	円

◯ 弔　慰　金
◯ 家 族 弔 慰 金　請　求　書

組合員記入欄				
	組 合 員	（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		住　所 氏　名 組合員との関係 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		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　㊞	

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

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。