（共済組合提出用）

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		
請求者 氏　名		生年月日	年　　月　　日	身分 関係	

支払未済振込口座（請求者名義の口座に限る）				
金融機関名	銀行　　支店 金庫　　支所 農協　　本店	口座番号	普通・当座	
		（フリガナ） 口座名義人		

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。

なお、組合員の口座に死亡後に入金された支給分がある場合、その支給分を支払未済金に充てることに同意します。

山口県市町村職員共済組合理事長　様

年　　月　　日

〒

住　所

請求者

氏名（自署）

１．支払未済金の給付を受けることができる者は、組合員が死亡した当時、組合員と生計を共にしていた①配偶者、②、③父母、④孫、⑤祖父母、⑥兄弟姉妹、⑦それ以外の3親等内の親族（○数字は、給付を受けるべき者の順位）となります。

２．全ての欄に記入してください。
請求者が自署できない場合は、代理人が請求者氏名及び代理人氏名を連名で自署してください。

３．添付書類（★印の書類は、同様の書類を共済組合年金課へ提出している場合に限り、この請求書への添付を省略できます。）
★ 請求者と死亡した組合員の身分を明らかにすることができる書類（戸籍謄本等）
★ 支払未済振込口座の銀行、支店、口座番号、口座名義が確認できるもの（通帳等の写し）
★ 請求者の住民票と、死亡した組合員の住民票の除票
・ 請求者と組合員の住民票上の住所が異なっていたときは「生計同一申出書（支払未済給付用）」及び添付書類
・ 請求者の１に掲げる順位が、戸籍謄本等で生存確認できる者より下位のときは、別途書類が必要となります。
詳細は共済組合へお問い合わせください。

※共済組合 使用欄	受付印	決定してよろしいか	
		課　長	担　当