様式第18号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  加入番号 |  |  |

弔慰金給付請求書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  口数追加の有無 |  　　有　　・　　無 |  |
|  |  加入年月日 |  　　年　　月　　日 |  口数追加年月日 |  　　　年　　月　　日 |
|  加 入 者 |  氏　　名 |  　　　　　　　　　　男 　　　　　　　　　　女 |  生年月日 |  　　　年　　月　　日 |
|  住　　所 |  | 被共済者との続柄 |  |
|  被 共 済 者 |  氏　　名 |  |  死亡年月日 |  　　　年　　月　　日 |
|  死亡の原 因となつ た傷病名 |  |
|  　上記のとおり弔慰金の給付を請求します。 　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　加入者（死亡した被共済者の葬祭を行う者）　　　　　氏名　　　　　　　　　 　岩手県知事　　　　　　　様 |

 　備考１　次の書類を添付してください。

　　　　　①　加入者の住民票の写し（加入者の氏名が知事へ届け出ている氏名と異なる

　　　　　　場合は、戸籍の抄本又は除籍の抄本）

　　　　　②　被共済者の消除された住民票の写し（被共済者に氏名が知事へ届け出てい

　　　　　　る氏名と異なる場合は、除籍の抄本）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ４）