

弔 慰 金 請 求 書

給 付

横浜市職員厚生会

職員番号							所属名	局・区	課	
ふりがな	-----						続柄	死 亡 年月日	年 月 日	
死亡者 氏 名									年 月 日	

¥

弔慰金として上記金額を請求します。
 なお、会員本人の死亡に係る請求のときは、勤続年数等について、所属
 団体から情報提供を受けることに同意します。

横浜市職員厚生会長

住 所

ふりがな

氏 名

(会員本人死亡の場合、本人との関係：)

※ 給付金の受領方法

原則、給与に合算して支給します。(給与明細を確認してください。)

給与支給がない場合は欄チェックのうえ、次の要件を満たす振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。(ただし、ゆうちょ銀行の場合は通帳の写しを添付してください。)

- ・銀行名、支店名または支店番号、預金種目、口座番号、口座名義人(フリガナ)が明確に確認できること。
- ・振込先は請求者氏名と一致する口座名義であること。

給与支給がないため、別紙口座に振り込んでください。

所属担当者記入欄

該当するところにレ点又はご記入ください。

(1) 弔慰金の区分

- 会員 配偶者 実父母・実子 死産
 養子縁組をしている養父母・養子 会員と同一世帯の被扶養者

(2) 事実確認の方法

- 訃報文 死亡診断書(写) 会葬礼状
 その他 ()

担当者確認印

(3) 勤続年数(会員本人死亡時のみ)

年	月
---	---

【所属福利厚生担当課決裁欄】
 上記申請内容を確認しました。

所属長	課 長	係 長	係 員