

弔慰金給付請求書

加 入 番 号			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			心身障害者 との続柄	
心 身 障 害 者	氏 名		死 亡 年月日	年 月 日	
	死亡の原因 となった傷 病 名				
上記のとおり、弔慰金の給付を請求します。 年 月 日 加入者又は遺族 氏 名 岐阜県知事 様					

添付書類

1 加入者が請求する場合

- （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）
- （2）心身障害者の消除された住民票の写し（心身障害者の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）

2 遺族が請求する場合

- （1）加入者及び心身障害者の消除された住民票の写し（加入者又は心身障害者の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）
- （2）遺族の住民票の写し
- （3）加入者の死亡当時における加入者及び遺族の相互の身分関係を明らかにすることができる書類
- （4）加入者の死亡当時遺族が加入者と生計を同じくしていたことを明らかにすることができる書類