

決 裁	理事長	局長	次長	課長	副課長	主幹	副主幹	係
	○							

(何) 下記のとおり支給してよろしいか。

共済記入欄	起案日	/
	支給日	/

## 埋葬料・家族埋葬料（・附加金）請求書

下記のとおり請求します。

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

請求金額	円	決定額	埋葬料	円
			家族埋葬料	
			附加金	30,000円

請求日		平成 年 月 日						所属所名	
組合員証 記号番号	所属所	企業	番号						
	組合員氏名	(印)				取年月日 得日	昭和 年 月 日	死年月日 亡日	平成 年 月 日
死亡者名	(印)				喪年月日 失日	平成 年 月 日	埋年月日 葬日	平成 年 月 日	
生年月日					認定年月日	昭和 年 月 日	死亡の場所		
生年月日	昭平 年 月 日 男・女 続柄 ( )	取年月日 消日	平成 年 月 日	死亡の原因	(具体的に書いてください。)				
在職中・退職後								死亡の原因  (一般疾病・自損事故・第三者行為)	
介護保険法の給付を受けていたとき									
保険者番号		被保険者番号		保険者の名称					
「埋葬料」請求者記入欄 「埋葬料」を請求する方は、必ず記入してください。なお、金融機関の口座名義人は請求者本人に限ります。 (「家族埋葬料」を請求する方は記入の必要はありません。)									
フリガナ	(印)				請求者住所等	〒 電話 ( ) -			
請求者名					続柄等	続柄 ( ) 被扶養者である・被扶養者ではない			
金融機関	金融機関名		店舗名		口座番号 (右づめ)		金融機関コード	店舗コード	
備考								金融機関 確認印	(印)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日 職 名  
所属所長 氏 名 (印)

共済組合  
受付印

- 太線の中を記入してください。(ただし、    部分は記入しないでください。)
- この請求書を提出するときは市区町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写しを添付してください。
- 介護保険法の給付を受けていた者が死亡したときは、介護保険被保険者証に記載されている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。
- 被扶養者以外で「埋葬料」を請求する場合は埋葬に要した費用の領収書等の写しを必ず添付してください。