

160 埋葬料 170 家族埋葬料 等請求書

| | | | | | |
|------|------|------|----|----|-----------|
| 保健課長 | 課長補佐 | 保健係長 | 合議 | 主任 | 支出決定 伺 |
| | | | | | |

| 組合員区分 | 所属番号 | 組合員等番号 | 組合員氏名 | 所属機関名 |
|-------|------|--------|---------------------|-------|
| 1 一般 | | | フリガナ | |
| 2 任継 | | | | |
| | | | 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 | |

| 給付種別 | ※給付の有無 | 件数 | 請求金額 | ※決定額 |
|-------|----------|----|---------|---------|
| 保険給付 | 埋葬料(在職) | 1件 | 50,000円 | 50,000円 |
| | 埋葬料(退職) | | | |
| | 家族埋葬料 | | | |
| 附加給付 | 埋葬料附加金 | 1件 | 50,000円 | 50,000円 |
| | 家族埋葬料附加金 | | | |
| 互助会給付 | 弔慰金 | 1件 | 60,000円 | 60,000円 |
| | 家族弔慰金 | | 30,000円 | 30,000円 |

| 死亡年月日 | 埋葬年月日 | 資格取得年月日 | 資格喪失年月日 |
|------------|------------|--|------------|
| 5 令和 年 月 日 | 5 令和 年 月 日 | 3 昭和 年 月 日 4 平成 年 月 日 5 令和 年 月 日 | 5 令和 年 月 日 |

| 死亡者氏名 | 生年月日 | 性別 | 組合員との続柄 | 死亡者の扶養認定年月日 (家族埋葬料の場合のみ) |
|-------|--|--------|---------|--|
| | 3 昭和 年 月 日 4 平成 年 月 日 5 令和 年 月 日 | 男 女 | ※ | 3 昭和 年 月 日 ※ 4 平成 年 月 日 0 5 令和 年 月 日 1 |

| 死亡の原因 | (具体的に記入してください。) 1 一般疾病、自然死 2 外因死等 (自殺、交通事故、その他) | 死亡の場所 | |
|-------|---|-------|--|
|-------|---|-------|--|

第三者から埋葬料と同一事由の給付を受けることができる場合、その価額の限度で共済組合では給付を行いません。

【埋葬料】請求者記入欄 ◎埋葬料を請求する場合、必ず記入してください。
(家族埋葬料を請求する場合は、記入の必要はありません。)

| 給付金振込金融機関 | 金融機関名 | 支店名(名称) | 種類 | 口座番号 | ※金融機関コード | ※支店コード |
|-----------|-------|---------|--------------|------|----------|--------|
| | 銀行 | 支店 | 1 普通 2 当座 | | | |

| 口座名義人(埋葬料請求者) | 性別 | 生年月日 | 組合員との続柄 | ※ |
|---------------|----|-----------------------|---------|------------|
| フリガナ | 男 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | ※ | 在職中 退職後 |
| 氏名 | 女 | 0 被扶養者である ・ 1 被扶養者でない | | |

上記のとおり請求します。

千葉県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日 住所 請求者 氏名

| | | |
|------------|-----------|---|
| ○ 組合受付印 | ○ 再受付印 | <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職名 所属所長 氏名</p> |
|------------|-----------|---|

- この請求書を提出するときは、埋葬許可証又は火葬許可証の写し(やむを得ない理由がある場合には、死亡の事実を証する書類)を添えてください。
- 被扶養者であった者以外の人が埋葬料を請求する場合は、1の書類に加え、埋葬費用の領収書の写し等、請求者が埋葬に要した費用を負担したことが確認できる書類を添付してください。
- ※欄は、記入しないでください。