

# 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	所属所番号	組合員等番号	組合員氏名		所属機関名
①一般 2 任継	△ △ △	△ △ △ △	フリガナ キョウサイ ジロウ <b>共済 次郎</b>		□ □ 市
給付種別			※給付の有無	件数	請求金額
保険給付	埋葬料（在職）				50,000円
	埋葬料（退職）				50,000円
附加給付	家族埋葬				50,000円
	埋葬料附加				50,000円
互助会給付	弔慰				60,000円
	家族弔慰金				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		※決定額
5 令和 ○ ○ ○	5 令和 ○ ○ ○	3 昭和 ○ ○ ○ 4 平成 ○ ○ ○ 5 令和 ○ ○ ○	5 令和 ○ ○ ○		50,000円
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)	
<b>共済 京三郎</b>	3 昭和 ○ ○ ○ 4 平成 ○ ○ ○ 5 令和 ○ ○ ○	男	父	3 昭和 ○ ○ ○ 4 平成 ○ ○ ○ 5 令和 ○ ○ ○	
死亡の原因	(具体的に記入してください。)		死亡の場所	千葉市中央区I-13-3 共済病院	
肺炎	① 一般疾病、自然死 2 外因死等 (自殺、交通事故、その他)				
第三者から埋葬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	口座番号	口座名義人	性別	生年月日	組合員との続柄
銀行			男	昭和・平成・令和 年 月 日	※ 在職中 退職後
			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			〒 260-8502		
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			住所 千葉市中央区中央港I-13-3		
請求者			氏名 共済 次郎		
組合受付印	再受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
		令和 △ 年 △ 月 △ 日			
		所属所長 職名 □ □ 市長			
		氏名 □ □ □ □			

- 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方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。