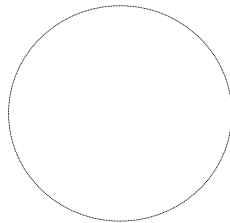
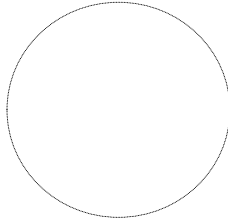


共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 裁	課長	合議	担当

埋葬料・埋葬料附加金  
家族埋葬料・家族埋葬料附加金

請求書

決 定 額	埋葬料 家族埋葬料	50,000 円
	埋葬料附加金 家族埋葬料附加金	50,000 円
	計	100,000 円

組合員証記号 及び番号又は 個人番号	-	組合員 氏名			所属機関	
死亡者 氏名			生年月日 (性別)	昭和 平成 令和 年 月 日 (男・女)		
死亡 年月日	令和 年 月 日		死亡の 場所			
埋葬 年月日	令和 年 月 日		死亡の 原因	(死亡診断書の直接死因欄の傷病名)		
資格喪失 年月日	令和 年 月 日		被扶養者 認定年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
介護保険法による給付を受けていた者が死亡した場合、記入願います。						
保険者の名称		保険者番号		被保険者番号		
上記のとおり請求します。						
石川縣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						
組合員との関係						
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。						
令和 年 月 日						
職名						
所属所長						
氏名						

- この請求書を提出するときは、市区町村長の埋葬許可証または火葬許可証の写し(やむを得ない理由で添付できない場合には、死亡事実を証明する書類)を添付してください。
- 被扶養者ではない者が埋葬料を請求する場合は、1のほか埋葬に要した費用の額に関する証拠書類(領収明細書)、組合員との関係が判る書類(戸籍の写)のほか、振込み先が判るように通帳の写しを添付して下さい。