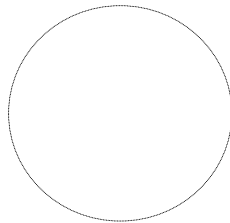
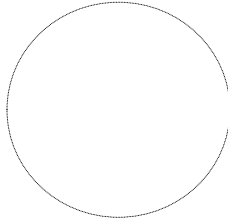


共済組合受付日付印

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

組合員等記号 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		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>石川県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>請求者 氏名</p> <p>組合員との関係</p>						
<p>上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職名</p> <p>所属所長 氏名</p>						

- 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。
- 埋葬料を請求する場合は、振込先が判る通帳の写し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)を添付してください。