

埋葬料 請求書
家族埋葬料

組合員証	記号	9098	フリガナ	キョウサイ タロウ	所属機関	名称	〇〇町役場			
	番号	90999	氏名	共済 太郎		所在地	〇〇町〇〇123-1			
個人番号 ※		※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。			組合員との続柄					
死亡者に関する事項	フリガナ	キョウサイ イチロウ	生年月日	昭和 22 年 4 月 1 日	性別	男	続柄	父	死亡の場所	△△市△△町456-1
	氏名	共済 一郎			性別	女				
	個人番号 ※	※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。								
	死亡年月日		死亡の原因		第三者行為 (交通事故等)の有無					
	令和 3 年 4 月 10 日		病死 (肺炎)		第三者行為 第三者行為以外					
埋葬年月日		介護保険法による給付を受けていたとき (※右を記入)		保険者番号	被保険者番号	保険者の名称				
令和 3 年 4 月 12 日						いずれかに、○を付して下さい。				
上記のとおり請求します。 熊本市町村職員共済組合理事長 様 令和 3 年 5 月 20 日 請求者 住所 氏名										
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所属所長 職名 氏名										

- この請求書を提出するときは、市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。
- 被扶養者であった者以外の方が埋葬料を請求する場合には、前記1のほか、埋葬に要した費用の額に関する証拠書類を提出してください。
- 介護保険法による給付を受けていた者が死亡したときは、同法の規定による被保険者証に記載された保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。

共済組合使用欄 (これより以下には記入しないでください。)

決定伺	課長	課長補佐	係長	係員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※ 決定額	円			
摘要				

共済組合受付欄