

# 埋葬料請求書

## 家族埋葬料

組合員証	記号		組合員	フリガナ		所属機関	名称	
	番号			氏名			所在地	
死亡者に関する事項	フリガナ				生年月日	続柄	死亡の場所	
	氏名				昭和 平成 令和 年 月 日生			
	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 年 月 日						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 年 月 日								

上記のとおり請求します。

熊本県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 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。

令和 年 月 日

所属所長 職名  
氏名

- 1 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」及び「請求者の口座番号等がわかる通帳の写し」を添付してください。
- 2 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（領収書など）の原本」を提出してください。
- 3 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				

