

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

給付科目	※決定額	※給付番号
埋葬料 家族埋葬料	50,000 円	No.
埋葬料附加金 家族埋葬料附加金	円	No.

組合員証	記号 番号	組合員 氏名	所属 機関名
死亡者	氏名	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 性別 男・女
死亡年月日	平成 年 月 日	死亡の 場所	
埋葬年月日	平成 年 月 日	死亡の 原因	
老人保健法の 医療を受けて いたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関の名称
介護保険法の 給付を受けて いたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称
送金口座 <small>(※埋葬料請求の場合 に記載してください。)</small>	銀行 (本・支)店 農協 (本・支・出張)所	口座名義 口座番号	請求者名義 (普)
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 フリガナ</p> <p>請求者 氏名 (印)</p> <p>組合員との続柄</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>職名</p> <p>所属所長 氏名 (印)</p>			

- 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（やむを得ない理由がある場合には、死亡の事実を証明する書類）を添えてください。
- 被扶養者であった者以外の者が埋葬料を請求する場合には、1のほか埋葬に要した費用の額に関する証拠書類（請求明細書及び領収書等）を添えてください。
- 老人保健法の医療を受けていた者が死亡したときは、健康手帳に記載された市町村番号、受給者番号及び発行機関の名称を記入してください。
- 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、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。
- ※印欄は、記入しないでください。