

課長	保 健	係

埋葬料・家族埋葬料請求書
(埋葬料附加金・家族埋葬料附加金)

支給決定伺			
決定額			円

組合員証記号番号 又は個人番号※	—			組合員 氏名	所 属 機 関 名			
死亡者氏名	生年月日			年 月 日	性別	男・女	続柄	
死 亡 年月日	年 月 日			埋 葬 年月日	年 月 日			
死 亡 の場所				死 亡 の原因				
介護保険法に よる給付を受 けていたとき	保険者番号		被保険者番号		保 険 者 名			
請求金額	50,000円			附 加 金	50,000円			

上記のとおり請求します。

栃木県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

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

職名

所属所長

氏名

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

- 1 市町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写し（やむを得ない場合は、死亡の事実を証明する書類）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は上記1のほかに埋葬に要した費用の額に関する証拠書類を添付してください。
- 3 介護保険法を受ける者が死亡したときは、各種番号及び名称を記入してください。
- 4 組合員以外の方が請求する場合は、振込先を記入してください。

振込先	銀行	支店
口座番号		
口座名義人 (カタカナ)		