

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 別紙のとおり

記号番号	公立茨城 第 号	フリガナ 組合員氏名			所属所名		
任意継続 資格取得 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	任意継続 資格喪失 年 月 日	平成 令和	年 月 日		
フリガナ 死亡者氏名			生年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
死 亡 年 月 日	令和	年 月 日	死亡の 場 所				
情報連携による添 付書類の省略希望	希望する ☐	(希望する場合のみ記入) 死亡者の住民票上の住所					
埋火葬年月日	令和	年 月 日	死亡の 原 因				
請求金額	法 定		円				
	附 加 金		円				
請求者の取引銀行名 (埋葬料請求の場合)	銀行 店 口座番号						
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合茨城支部長 殿 令和 年 月 日 (〒 -) 住所 請求者 フリガナ 氏名 (埋葬料請求の場合)組合員との関係							
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 印							
自 宅 住 所	(〒 -) (電話番号)						
該 当 者 の み 記 入							
介護保険法 に関する事項	被保険者証に記載された保険者番号						
	被保険者番号			保険者の名称			

- (注) 1 この請求書を提出するときは、市区町村長の埋葬許可書又は火葬許可書の写しを添えてください。
なお、情報連携により添付書類を省略することを希望する場合は、「情報連携による添付書類の省略希望」欄に☑を付けて、死亡者の住民票上の住所を記入してください。
- 2 被扶養者以外の方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を添えてください。(領収書の原本、領収明細書の原本等)
- 3 死亡したものが介護保険等の該当者である場合には、必要事項を記入のうえ番号を確認できるもののコピーを添付してください。