

埋葬料・同附加金 請求書
家族埋葬料・同附加金

組合員証 記号番号	公立長崎 第 号	組 合 員 氏 名		所 属 所 名	
死亡者氏名		生 年 月 日 性別・続柄	年 月 日	性別 男・女 続柄	
死亡年月日	年 月 日	死亡の場所			
埋葬年月日	年 月 日	死亡の原因			
標準報酬の月額	第 級 円	埋葬料 家族埋葬料	請求金額	円	
		附 加 金	請求金額	円	
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 の 名 称		
上記のとおり請求します。					
公立学校共済組合長崎支部長 様					
令和 年 月 日					
住 所					
請求者 氏 名					
組合員との関係					
				所 属 所 受 付 年 月 日	

(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証または埋火葬許可証の写（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。

2 被扶養者であった者以外の人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。

3 任意継続組合員については、標準報酬の月額欄には掛金の基礎となった標準報酬の月額を記入してください。

4 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ている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。