

受給権放棄届出書（埋葬料請求用）

年 月 日

公立学校共済組合新潟支部長 様

請求者氏名 ㊟

私は、組合員_____の埋葬に係る給付について公立学校共済組合新潟支部に請求することとし、次のとおり従前加入していた保険者からの埋葬料及びこれに相当する給付の受給権を放棄する旨、申し出ていることを届出します。

公立学校共済組合埋葬料請求者記入欄	<h3 style="margin: 0;">受給権放棄届出書</h3> <p style="margin: 10px 0;">保 険 者 様</p> <p style="margin: 10px 0;">私は、公立学校共済組合新潟支部に下記の者に係る「埋葬料」請求することとし、貴保険からの埋葬料及びこれに相当する給付の受給権を放棄することを申し出ます。</p> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 60%;">申 出 日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>公立学校共済組合員氏名</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>旧 事 業 所 名</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>旧保険制度の記号・番号</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>就職（加入）年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>退職（喪失）年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table>	申 出 日	年 月 日	公立学校共済組合員氏名	_____	旧 事 業 所 名	_____	旧保険制度の記号・番号	_____	就職（加入）年月日	年 月 日	退職（喪失）年月日	年 月 日
申 出 日	年 月 日												
公立学校共済組合員氏名	_____												
旧 事 業 所 名	_____												
旧保険制度の記号・番号	_____												
就職（加入）年月日	年 月 日												
退職（喪失）年月日	年 月 日												
従前保険者証明欄	<p style="margin: 0;">上記のことについて、申し出があったこと、埋葬料及びこれに相当する給付を支給していないことを証明する。</p> <p style="margin: 10px 0 10px 40px;">年 月 日</p> <p style="margin: 10px 0 10px 100px;">所在地</p> <p style="margin: 10px 0 10px 100px;">保険者 職印</p>												

注) 日付は和暦を記入してください。