

受給権放棄届出書 (家族埋葬料請求用)

年 月 日

公立学校共済組合新潟支部長 様

所 属 所
組 合 員 氏 名

㊞

私は、被扶養者_____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。

公立学校共済組合組合員記入欄	受 給 権 放 棄 申 出 書	
	保 険 者 様	
従前保険者証明欄	私は、公立学校共済組合新潟支部に下記の者に係る「家族埋葬料」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。	
	申 出 日	_____年 _____月 _____日
	公立学校共済組合被扶養者氏名	_____
	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
	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。	
	年 月 日	
	所在地	
	保険者	職印

注) 日付は和暦を記入してください。