

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		円	
組 合 員 氏 名				所 属 名			
職 員 コ ー ド				所属コード			
死 亡 し た 者		氏 名				性別	
		生年月日		年 月 日		続柄	
死 亡 年 月 日		年 月 日					
埋 葬 年 月 日		年 月 日					
介護保険法の 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	
請 求 額		埋葬料・家族埋葬料		5 0 , 0 0 0 円			
		埋葬料附加金・家族埋葬料附加金		2 5 , 0 0 0 円			
組合員以外が請求する場合 の振込金融機関・口座番号		金融機関		支店		普通預金口座番号	
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合新潟支部長 様 年 月 日 住所 請 求 者 氏名 ⑩ 組合員との続柄 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 〒 - Tel () 所属所在地 所 属 名 所属長職氏名 ⑪							
(注) 1 市区町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写し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付してください。 3 家族埋葬料の請求の場合は、同時に「被扶養者取消申告書」(共済様式3号)を提出してください。 4 介護保険法の給付を受けている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。 5 日付は和暦を記入してください。						福利課 受 付 印	