

(施行規程 1 1 2 条関係)

共 済 組 合 受 付 印

給 付 種 別
0 4 0

埋葬料・同附加金（共済組合）  
 家族埋葬料・同附加金（共済組合）

請 求 書

組合員氏名	組合員等記号・番号		公立島根		
死亡者氏名	死亡者の続柄		1 組合員本人 2 被扶養配偶者 被扶養者( )		
死亡場所					
死亡の原因	1 病死	死亡者の生年月日			
	2 事故死 ( )	死亡年月日	5		
	3 その他 ( )	埋葬年月日	5		
請求額	埋葬料又は家族埋葬料	同 附 加 金		合 計	
	円	円		円	
介護保健法による給付を受けていた者が死亡したとき	保 険 者 号	被 保 険 者 号	保 険 者 称		
埋葬料の振込先	(家族埋葬料を請求するときは記入しないでください。)				
銀行 支店 普通預金口座番号					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合島根支部長 様</p> <p>令和 年 月 日 住所</p> <p>請求者 氏 名</p> <p>(自署によらない場合は押印が必要です。)</p> <p>組合員との関係 ( )</p> <p>電話番号 — —</p>					
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				
	<p>令和 年 月 日</p> <p>所 属 所 名</p> <p>所属所長職氏名</p> <p style="text-align: right;">公印</p>				

注： 1 市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 介護保険法による給付を受けていた者は受給者番号等を必ず記入してください。