

# 埋葬料・同附加金 請求書

## 家族埋葬料・同附加金

●太線枠内は記入しないでください。

所属所名									
電話 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )									
組合員 職名	氏名			組合員 証番号	枝番			0	0
死亡した 者の氏名	生年月日			年 月 日			区分	1 本人 被扶養者有 2 本人 被扶養者無 3 被扶養者	
死亡した日			埋葬(又は火葬)した日			本人との続柄(区分3のとき記入)			
年 月 日			年 月 日						
死亡の場所		死亡の原因		支給 金額	埋葬料・家族埋葬料		同附加金	合計	
							25,000円		
介護保険 被保険者証		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。 郵便番号 〒									
公立学校共済組合東京支部長 殿				請求者 住所			組合員との続柄		
年 月 日				氏名			〔 〕		
				〔 請求者の住所が死亡した者と異なる場合は請求者の電話番号 ( ) 〕			〔 〕		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。							事務取扱者氏名		
年 月 日									
所属所長 職名									
氏名							(公印省略)		
(添付書類)							共済組合受付		
埋葬料 (本人死亡)	被扶養者 あり	1 次のうち、いずれか1通 ・ 死体埋火葬許可証又は同発行証の写し ・ 死亡診断書又は死体検案書の原本 2 支払金口座振替依頼書(用紙No.その他1)				共済組合確認			
	被扶養者 なし	1 } 上記「被扶養者あり」の1、2に同じ 2 } 3 「埋葬」=葬式に要した費用を証明する書類(領収書及び明細書)等の原本とその写し(領収書及び明細書の宛先は請求者名がフルネームで記載されている必要があります。原本は確認後、返却します。)							
家族埋葬料 (被扶養者死亡)		1 次のうち、いずれか1通 ・ 死体埋火葬許可証又は同発行証の写し ・ 死亡診断書又は死体検案書の原本							

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和3年4月)