

# 埋葬料・埋葬料附加金 請求書

## 家族埋葬料・家族埋葬料附加金

支 払 済 印

[040]

決定年月日	決定額	埋葬料・家族埋葬料	円
		埋葬料・家族埋葬料附加金	円

所属番号	所属所名	組合員証番号	氏名	性別	生年月日
				男女	昭・平 年 月 日

死区 死亡 時分	0. 在職中 1. 退職後	職 種	0. 一般 1. 特別	死区 死亡 者分	1. 本人 2. 家族	氏名	性別	生年月日
							男女	昭・平 年 月 日

死亡年月日	平成 年 月 日	死亡の 場所		請求者との 続柄
埋葬年月日	平成 年 月 日	死亡の 原因		

埋葬に要した費用	請求額	
	埋葬料・家族埋葬料請求金額	円
円	埋葬料・家族埋葬料附加金請求金額	円

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	保険者名

上記のとおり請求します。

島根県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

請求者 住所  
氏名 (印)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

職名  
所属所長  
氏名 (印)

課長	主幹	係

- この請求書を提出するときは、市区町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写し（やむを得ない理由がある場合には、死亡の事実を証明する書類）を添付してください。
- 被扶養者であった者以外の人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と、死亡者と請求者の関係のわかる書類を添付してください。
- 介護保険法の給付を受けている者が死亡したときは、介護保険の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名を記入してください。
- 区分・性別及び元号は該当を○で囲んでください。