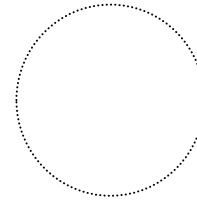
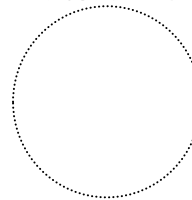


# 埋葬料・家族埋葬料 請求書

所属所受付印

共済組合受付印



組合員等記号番号 (個人番号)		※欄は、記入しないでください。			
組合員氏名		所属機関名			
死亡者	氏名	※資格取得・認定年月日		昭和・平成	年 月 日
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	組合員との続柄	※コード ( )
死亡年月日	令和	年 月 日	死亡の原因	(必ず記入してください。)	
埋葬年月日	令和	年 月 日	死亡の場所		
※介護保険法の給付を受けていたとき		(保険者番号・保険者名・被保険者番号)			

埋葬料請求者記入欄 (埋葬料を請求する場合は、必ず記入してください。家族埋葬料を請求する場合は、記入の必要はありません。)

口座名義人(埋葬料の請求者)	金融機関名	支店名	種類	口座番号	
(フリガナ)			普通		
	続柄	※ <input type="checkbox"/> 被扶養者である		<input type="checkbox"/> 被扶養者ではない	

上記とおり請求します。

岡山県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

住所

請求者 氏名

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。

令和 年 月 日

職名

所属所長

氏名

〔添付書類〕

(2024.12改訂)

- 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)
- 被扶養者であった者以外の者で、実際に埋葬を行った者が埋葬料を請求する場合には、上記1の書類及び埋葬に要した費用の額に関する証拠書類 (領収書の写し及び領収証の内訳書)

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

給付種別	決定額	給付種別	決定額		
<input type="checkbox"/> (160) 埋葬料	円	<input type="checkbox"/> 埋葬料附加金	円		
<input type="checkbox"/> (170) 家族埋葬料		<input type="checkbox"/> 家族埋葬料附加金			
局長	課長	課長補佐	係長	係	決定年月日