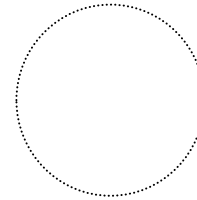
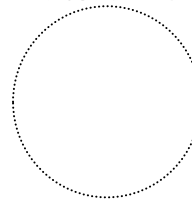


埋葬料・家族埋葬料 請求書

所属所受付印

共済組合受付印



組合員証記号番号 (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	昭和平成 令和		年 月 日
	生年月日	昭和平成 令和	年 月 日	組合員との続柄
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) (フリガナ)	金融機関名	支店名	種類	口座番号
			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]

(2022.10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)

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