

事務局長	課長	課員

埋葬料
家族埋葬料
埋葬料附加金
家族埋葬料附加金

請求書

※決定額	埋葬料	
	家族埋葬料	円
	埋葬料附加金	
	家族埋葬料附加金	円

組合員等	記号		フリガナ		所属機関	名称	
	番号		組合員氏名			所在地	
死亡者氏名				生年月日 続柄	昭和 平成 令和 年 月 日 続柄		
死亡年月日	令和 年 月 日			死亡の場所			
埋葬年月日	令和 年 月 日			死亡の原因			
※埋葬料の受取口座	銀行 支店			請求金額	埋葬料	円	
	口座番号				埋葬料附加金	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		保険者の名称		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>香川縣市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日 下</p> <p>住所</p> <p>請求者 氏名</p> <p>組合員との関係</p>							
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職名</p> <p>所属所長 氏名</p>							

- 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）を添えてください。
- 被扶養者であった者以外の方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を添えてください。
- 埋葬料を請求する場合は※欄の受取口座番号等を記入し、該当口座の通帳の写し（請求者氏名・銀行名・支店名・口座番号が確認できるページ）を添付してください。
- 介護保険法による給付を受けている者が死亡したときは、被保険者証に記載された保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。
- ※印欄は記入しないでください。