

埋 葬 料 ・ 家 族 埋 葬 料 請 求 書

(埋葬料附加金・家族埋葬料附加金)

第112条様式

給種コード												所属機関名		
組合員証記号番号 又は 個人番号	記号		番号									組合員氏名		
	個人番号													
死亡者氏名			性別	男 女	続柄		死亡者生年月日					年	月	日
死亡した日	平成	年	月	日	埋葬した日	平成	年	月	日	死亡の原因				
死亡の場所							資格喪失日	平成	年	月	日			
請求金額	埋葬料	50,000円		埋葬料附加金	50,000円		決金定額*							円
	家族埋葬料			家族埋葬料附加金										
介護保険法による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 style="text-align: center;">群馬県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">請求者 氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職名</p> <p style="text-align: center;">所属所長 氏名 Ⓜ</p>														

- 注) 1 組合員証記号番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。
 2 市町村長の埋葬許可書又は火葬許可書の写し（やむを得ない場合は、死亡の事実を証明する書類）を添付してください。
 3 介護保険法による給付を受けていた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。
 4 *欄は記入しないでください。

所属所
担当者

Ⓜ