埋 葬 料 家 族 埋 葬 料 求書

決裁	割	果 長	仔	長	主(£	副主	任			決定額	*					円
組合員等	位		号 号			組合員氏名							所所	属名			
死亡者氏名									生年月日	昭和平原	戈	年		月	日	続柄	
死亡年月日		月日	令	和	年	月		目	死亡の場所								
埋葬年月日		月日	令	和	年	月		日	死亡の原因								
埋葬料・家族埋葬料 請求金額													円				
介護保険活の医療を受			保 険 者 番 号						被保険者番号 保険者の名							称	
		たとき															
	上訂	己のとま	さり 請	青求しま	す。												
京都府市町村職員共済組合理事長 様																	
		令和	Π	年	月		日										
								住	所								
					請	才	さ 者	氏	名								
	組合員との続柄(埋葬料請求の場合記入)																
	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。																
		令和	Ī	年	月		日										
					 -	P	尼託目	職	名								
					PIT	属所長		氏	名								

- 1 この請求書を提出するときは、市区町村長の埋葬(火葬)許可証の写し又は死亡の事実を証明する書類を添えてください。
- 2 組合員が死亡し埋葬料を請求する時は、短期給付金等振込口座届書を添付し、受取人の口座を届け出てください。また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を添えてください。 3 介護保法の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ている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入し
- てください。
- 4 ※印欄は記入しないでください。