

課長	保 健	係

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)

支給決定伺

決定額

円

組合員等記号番号 又は個人番号	—	組合員 氏名	所 属 機 関 名
--------------------	---	-----------	--------------

死亡者氏名	生年 月 日	年 月 日	性別	男・女	続柄
-------	-----------	-------	----	-----	----

死 亡 年月日	年 月 日	埋 葬 年月日	年 月 日
------------	-------	------------	-------

死 亡 の場所	死 亡 の原因
------------	------------

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 名
----------------------------	-------	--------	---------

請求金額	50,000円	附加金	50,000円
------	---------	-----	---------

埋葬料（組合員が死亡したとき）を請求する場合は、いずれかを選択し、をしてください。

受取口座	<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で登録した公金受取口座		
	<input type="checkbox"/>	金融機関	銀行	支店
		口座番号	普通預金	No.
		口座名義 (カナ)		

上記のとおり請求します。

栃木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

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

- 「個人番号」の記入は、必須ではありません。
- 市町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写し（やむを得ない場合は、死亡したことが分かる書類）を添付してください。
- 被扶養者であった者以外の方が埋葬料を請求する場合は、埋葬に要した費用が分かる書類を添付してください。
また、マイナポータル等で登録した公金受取口座を選択した場合は、「公金受取口座情報を利用するために必要な特定個人情報の提供及び利用に係る事務の実施についての同意書」も添付してください。