

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

組合員証記号番号 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。