

埋葬料

(表面) R7.10

家族埋葬料

請求書

職員番号(独法職員のみ)

地方職員共済組合大阪府支部長 様

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

組合員氏名	組合員(記号)番号	(地・大阪)	所属名
-------	-----------	--------	-----

<input type="checkbox"/> 組合員本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡した被扶養者氏名	続柄	左の被扶養者の生年月日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和

上の被扶養者の認定年月日	
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	※資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載があります。 ご不明な場合は空白で結構です。

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	
-------	----------	-------	--

老人保健法の医療を受けていたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関の名称

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

死亡者が組合員の場合は、下記の欄を記入してください。

請求者住所	〒		
請求者名	請求者名フリガナ		
振込金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	
口座番号	(普通)		

日中の 連絡先	職場 (<input type="checkbox"/> 代表・ <input type="checkbox"/> 直通) Tel :	内線 :
	又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯 Tel :	

(注)

- 市区町村の埋葬許可証の写(執行日時の記載のあるもの)を添付してください。やむをえ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付してください。
- 被扶養者以外であった者以外の者が埋葬料を請求する場合には、1のほか死亡した組合員との続柄がわかる戸籍抄本等の写及び埋火葬に要した費用の額に関する証拠書類の写を添付して下さい。
- 老人保健法の医療を受けていた者又は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、各法の規定の健康手帳又は被保険者証に記載されている市町村番号又は保険者番号、受給者番号又は被保険者番号及び発行機関又は保険者の名称を記載してください。

※以下、共済使用欄(記入不要)

共済受付/処理欄	受付日 年 月 日	所属所受付/処理欄	受付日 年 月 日
	処理日 年 月 日		処理日 年 月 日

決定額	円
-----	---

埋葬料

【記入例】

(表面) R7.10

家族埋葬料

請求書

職員番号 (独法職員のみ)

地方職員共済組合大阪府支部長 様

下記のとおり請求します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

組合員氏名	組合員 (記号) 番号	(地・大阪)	所属名
共済 太郎	3 0 1 2 3 4	5 6 7 8	総務サービス課

死亡者	死亡した被扶養者氏名	続柄	左の被扶養者の生年月日
<input type="checkbox"/> 組合員本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	共済 長次郎	実父	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 <input type="checkbox"/> 令和

上の被扶養者の認定年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
※死亡者が組合員本人の場合は右欄の記入は不要です。	※資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載があります。ご不明な場合は空白で結構です。

死亡年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	死亡の場所	〇〇〇〇病院
-------	-------------------	-------	--------

埋葬年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	死亡の原因	〇〇〇〇〇〇
-------	-------------------	-------	--------

老人保健法の医療を受けていたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関の名称
------------------	-------	-------	---------

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
--------------------	-------	--------	--------

死亡者が組合員の場合は、下記の欄を記入してください。

請求者住所	〒 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇		
請求者名	フリガナ	〇〇〇〇	
振込金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	
口座番号	(普通)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	

日中の連絡先	職場 (<input type="checkbox"/> 代表・ <input checked="" type="checkbox"/> 直通) Tel: 06-6941-0351	内線: 〇〇〇〇
	又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯 Tel: 〇〇〇〇	

(注)

- 市区町村の埋葬許可証の写 (執行日時記載のあるもの) を添付してください。やむをえ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付してください。
- 被扶養者以外であった者以外の者が埋葬料を請求する場合には、1のほか死亡した組合員との続柄がわかる戸籍抄本等の写及び埋火葬に要した費用の額に関する証拠書類の写を添付して下さい。
- 老人保健法の医療を受けていた者又は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、各法の規定の健康手帳又は被保険者証に記載されている市町村番号又は保険者番号、受給者番号又は被保険者番号及び発行機関又は保険者の名称を記載してください。

※以下、共済使用欄 (記入不要)

共済受付 / 処理欄	受付日 年 月 日	所属所受付 / 処理欄	受付日 年 月 日
	処理日 年 月 日		処理日 年 月 日

決定額	円
-----	---