

# 埋葬料 家族埋葬料 請求書

職員番号（独法職員のみ）

下記のとおり申請します。

年 月 日

組合員 氏名		組合員証 記号番号	地・大阪	所属機関名	
死亡者 ※組合員本人の場合は 下記にチェックのみ <input type="checkbox"/>		死亡した被扶養者氏名	生年月日 年 月 日 続柄 被扶養者認定年月日 年 月 日 ※組合員証(保険証)表面に記載		
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	
請求額	円		※決定額 (記入不要)		

死亡者が組合員の場合は、下記の欄を記入して下さい。

請求者住所	〒			
請求者名			請求者名フリガナ	
振込金融機関名	銀行・金庫・組合		本・支店	
口座番号	(普通)			

- (注) 1 市区町村の埋葬許可証の写（執行日時記載のあるもの）を添付して下さい。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下さい。
- 2 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柩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。
- 3 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下さい。

日中の連絡先（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請・証受領の場合は記入不要）

職場（代表・直通）Tel ( ) 内線 ( )  
 又は 自宅・携帯 Tel ( )

※下記は記入不要です。

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

【記入例】

埋葬料  
家族埋葬料

請求書

職員番号（独法職員のみ）

下記のとおり申請します。										令和〇〇年〇〇月〇〇日	
組合員 氏名	共済 太郎			組合員証 記号番号	地・大阪 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8					所属機関名 人事局総務サビ課	
死亡者 組合員本人の場合は 下記にチェックのみ <input type="checkbox"/>	死亡した被扶養者氏名				共済 長次郎						
	生年月日				昭和〇〇年〇〇月〇〇日			続柄	実父		
	被扶養者認定年月日				平成〇〇年〇〇月〇〇日			※組合員証(保険証)表面に記載			
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					
請求額	〇〇, 〇〇〇円					※決定額 (記入不要)					

死亡者が組合員の場合は、下記の欄を記入して下さい。

請求者住所	〒										
請求者名						請求者名フリガナ					
振込金融機関名	銀行・金庫・組合					本・支店					
口座番号	(普通)										

- (注) 1 市区町村の埋葬許可証の写（執行日時に記載のあるもの）を添付して下さい。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下さい。  
 2 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柩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。  
 3 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下さい。

日中の連絡先（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請・証受領の場合は記入不要）									
職場（代表・直通）Tel 〇6（ 6941 ） 0351 内線（ 〇〇〇〇 ）									
又は 自宅・携帯 Tel ( )									

※下記は記入不要です。

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