

局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	
----	--	----	--	----	--	------	--	----	--	---	--



埋葬料 請求書

家族埋葬料

				決定額	※	円
組合員証号 組記号	—	組合員氏名	所属機関名			
死亡者氏名			生年月日			続柄
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				
請求金額	円					
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		発行機関名	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">高知縣市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p>			<p>※組合員の死亡により埋葬料を請求する者の金融機関</p> <p style="text-align: center;">銀行・労金 信金・農協支店（普通）</p> <p>口座番号</p> <p>口座名義人（カタカナ）</p> <p>（マイナポータル上の公金受取口座を使用 <input type="checkbox"/> ）</p>			
<p style="text-align: right;">請求者</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">組合員との続柄</p>						
<p>上記の掲載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名</p> <p style="text-align: right;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>						

- この請求書を提出するときは、市区長村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写し(やむを得ない理由がある場合には、死亡の事実を証明する書類)を添えてください。
- 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。また、「マイナポータル上の公金受取口座を使用」にチェックをした場合は、別途同意書を提出してください。
- 老人保健法の医療を受けている者が死亡したときは、健康手帳の医療の受給資格を証するページに記載されている市町村番号、受給者番号及び発行機関名を記入してください。
- *印欄は記入しないでください。
- 請求者の署名及び所属所長の証明欄を印字している場合は、必ず所属所受付印を押印してください。