埋　葬　料
家族埋葬料　請求書

組合員等	記号	9098	組合員	フリガナ	キョウサイ　タロウ	所属機関	名称	○○町役場
	番号	90999		氏名	共済　太郎		所在地	○○町○○123-1
個人番号 ※						※ 組合員等記号・番号を記入の場合は不要です。		

死亡者に関する事項	フリガナ	キョウサイ　イチロウ	生年月日	続柄	死亡の場所
	氏名	共済　一郎	昭和 22 年 4 月 1 日	父	△△市△△町456-1
	個人番号 ※		※ 組合員等記号・番号を記入の場合は不要です。		

死亡年月日	死亡の原因	第三者行為（交通事故等）の有無
令和 3 年 4 月 10 日	病死（肺炎）	第三者行為 ・ 第三者行為以外

埋葬年月日	介護保険法による給付を受けていたとき（※右を記入）	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称
令和 3 年 4 月 12 日				

いずれかに、○を付して下さい。

上記のとおり請求します。

熊本県市町村職員共済組合理事長　様

令和 3 年 5 月 20 日　　（〒　　－　　）

請求者　住所

氏名

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

年　　月　　日

所属所長　職名

氏名

1　この請求書を提出するときは、「市町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写し」及び「請求者の口座番号等がわかる通帳の写し」を添付してください。

2　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、前記１のほか、「埋葬に要した費用の額に関する証拠書類（領収書など）の原本」を提出してください。

3　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、同法の規定による被保険者証に記載された保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。

共済組合使用欄（これより以下には記入しないでください。）

決定伺	課長	課長補佐	係長	係員
下記のとおり決定してよろしいか。 ※ 決定額　　円				
摘要				

共済組合受付欄