

埋葬料・埋葬料附加金
 家族埋葬料・家族埋葬料附加金 請求書

課長	主幹・副主幹	係員	主任

※ 決定額	埋葬料等	5	0	0	0	0	円
	附加金						円

給付種別		
1	6	0
1	7	0

所属	組合員証番号	組合員氏名	
死亡者氏名	続柄 本人 その他 ()	死亡年月日 年号 年 月 日 平4	埋葬年月日 年号 年 月 日 平4
死亡の場所 [自宅・病院・その他]	死亡の原因 [一般疾病・自損事故・第三者行為]		
埋葬料(組合員が死亡したとき)請求者の記入欄			
フリガナ		電話	()
振込先金融機関	銀行・農協 信用金庫・信用組合 労働金庫	支店支所 普通	口座番号
上記のとおり請求します。 神奈川県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 請求者 住所 氏名 (印) 組合員との関係			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所長 職名 氏名 (印)			

組合員証の記号・番号、組合員氏名を記入してください。

亡くなった人の氏名を記入し、該当する続柄に○を付け、死亡年月日と埋葬年月日を記入してください。

死亡場所および死亡原因(病名や経緯)を記入してください。

組合員が亡くなった場合、その埋葬費用を負担した人(請求者)について記入してください。

(亡くなった人が家族の場合は記入不要です)

請求年月日と請求者の住所・氏名を記入し押印してください。なお、組合員が亡くなった場合には、組合員からみた請求者の続柄を記入してください(例 組合員の妻が請求者の場合は“妻”と記入)。

請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長(市町村長・一部事務組合長)職名・氏名を記入し押印してください。

- この請求書を提出するときは、市区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。
- 資格喪失後に給付事由が発生した者には、附加金の支給はありません。
- ※欄は記入しないでください。