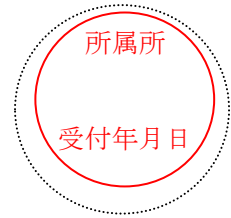


埋葬料
家族埋葬料

請求書



		決定額		※		円
組合員証	記号	〇〇〇〇	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇		所属機関 名称 〇〇市 所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	番号	〇〇〇〇	組合員氏名	〇〇 〇〇		
死亡者 氏名	〇〇 〇〇		生年月日	大正 昭和 平成	〇年〇月〇日	性別 男・女 続柄 〇〇
死亡年月日	平成 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	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		死亡の原因	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
介護保険法の 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		
該当の場合はご記入ください。						
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>鳥取県市町村職員共済組合 理事長 様</p> <p>平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。</p> <p>請求者 住所 〇〇市〇〇町〇〇 氏名 〇〇 〇〇 印</p> <p>請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。</p> <p>組合員との関係 〇〇</p>						

- 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。また組合員死亡の場合は、遺族（請求者）の通帳の写しを添付してください。
- 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。
- 介護保険法による給付を受けている者が死亡したときは、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。
- ※印欄は記入しないでください。

※ 決 裁			局長	次長	課長	合議	主査
	平成	年	月	日			

<埋葬料及び家族埋葬料>

- 組合員又は被扶養者が死亡した場合、一律50,000円を支給します。
- 被扶養者がなく、その他の者が埋葬を行った場合は、支給額の範囲内で実費を支給します。
- 組合員資格喪失後(任意継続組合員であった者は、その資格を喪失後)3月以内に死亡した場合についても支給します。ただし、退職後死亡するまでの間に、他の組合の組合員の資格を取得した場合は、当共済組合からは埋葬料は支給できません。

※「埋葬料」は公務外での死亡に限ります。

○添付書類

- 「埋火葬許可証の写又は死亡診断書の写等」
- 「埋葬に要した費用の内訳がわかる領収書の写(被扶養者でない者が埋葬を行った場合)」
- 「遺族(請求者)の預金通帳の写(組合員死亡の場合)」
- 「埋葬料を受けていない旨の証明書」…前の被保険者資格を喪失してから6月以内の死亡にかかる請求の場合

※死亡に係る被扶養者取消申告も同時に手続きしてください。