

家族埋葬料請求書

記号		組 合 員		所 属	
番号		氏 名		機 関 名	
死 亡 者 氏 名		続 柄	死 亡 者 生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 死亡者 性別 ☐ 男 ☐ 女
死 亡 年 月 日	令和 年 月 日		死 亡 の 場 所 (医療機関であればその名称)		
埋 葬 年 月 日	令和 年 月 日		死 亡 の 原 因		
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	☐ 埋 葬 料 ☐ 家 族 埋 葬 料	円	
上記のとおり請求します。 奈良県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名 組合員と請求者の続柄 ()					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名					

(注) 1. 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。
2. 埋葬料の請求をする場合は、給付金振込口座指定届（給付金専用）を添えてください。
3. 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。
4. 家族埋葬料を請求する場合で、被扶養者が健康保険等の元被保険者であるため死亡に関する給付を請求できる権利がある場合は、別紙の「他の制度による給付の受給権放棄誓約書」を提出してください。