

共済組合 埋葬料・~~家族埋葬料~~ 請求書
 互助組合 ~~組合員~~ 死亡弔慰金 請求書

C	#	共済
1	2	3
W	5	2

※ 給付コード	所属所コード	組合員証番号	埋葬年月		死亡者性別・生年月				※ 決定額																																			
			年	月	性別	年号	年	月	共済組合							互助組合																												
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43					
				1	1	1	1	1	7	7	7	7	7	2	4	0	4	1	3	3	5	1	1																					

死亡者名	養老太郎		続柄	本人	死亡年月日	平成 24年 3月 31日	
埋葬年月日	平成 24年 4月 3日		死亡した被扶養者の認定年月日		平成 昭和 年 月 日		
死亡の原因	肺腫瘍		給料	教育職(三) 2級 132号給	404,300円		
請求金額	共済組合	埋葬料	50,000円	互助組合	死亡弔慰金	700,000円	
		家族埋葬料	円				
		附加金	25,000円				
		合計	75,000円				
本人死亡の場合の振込先	金融機関	大垣共立	銀行	大垣駅前	支店	普通	
	口座番号	1234567	名義人(フリガナ)	養老花子			
				(請求者と同一人に限る)			

上記のとおり請求します。
 公立学校共済組合岐阜支部長 様
 財団法人岐阜県教職員互助組合理事長 様
 平成 24年 4月 14日

住所 大垣市伝馬町2-6
 請求者 氏名 養老花子 (印)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
 平成 24年 4月 14日

所属所名 養老町立養老中学校
 所属所 職・氏名 校長 大宮洋子 (職印)
 TEL (0584) 32-1000

- 注 1. 市町村長の発行する埋(火)葬許可証(写)を添付してください。
 2. 被扶養者以外の方が埋葬料を請求する場合は1のほか埋葬に要した費用の額に関する証拠書類を添付してください。
 3. ※印欄は記入しないでください。
 4. 「性別」・「記号」は右の「コード」で記入してください。
- | | | |
|-----|---|---|
| | 男 | 女 |
| コード | 1 | 2 |
- | | | | | |
|-----|----|----|----|----|
| | 明治 | 大正 | 昭和 | 平成 |
| コード | 1 | 2 | 3 | 4 |

※ 死亡者で介護保険被保険者証の交付を受けていた者は、記入すること。

保険者番号	保険者の名称	被保険者番号