

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  
被扶養者

C#	共済
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 月	共 済 組 合	互 助 組 合		
	30213	84840	18	9	2	2	10	10		

死亡者氏名	山本文子 続柄 母	死亡年月日	平成18年 9月 / 日
埋葬年月日	平成18年 9月 3日	死亡した被扶養者の認定年月日	昭和63年 4月 / 日

死亡の原因	急性肺炎	給料	3級 91号給 469,500円
-------	------	----	------------------

請求金額	共 埋 葬 料	円	互 助 組 合	死亡弔慰金	30,000 円
	家 族 埋 葬 料	50,000円			
	附 加 金	25,000円			
	合 合 計	75,000円			

本人死亡の場合の振込先	金融機関	銀行	支店	普通
	口座番号	名義人(フリガナ)		
(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  
 18年 10月 10日

住 所 岐阜市上之町1-17-12  
 請求者 氏 名 山本太郎 (印)  
 (組合員と請求者との続柄 本人)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。  
 18年 10月 11日

所属所名 小  
 所属所長職・氏名 校長 竹中康弘 (印)  
 Tel (0751) 12-2456

- 注 1. 市町村長の発行する埋(火)葬許可書(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。

※ 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 險 者 番 号	保 險 者 の 名 称	被 保 險 者 番 号

<AQKP0030450>