C	#	共済
1	2	3
W	5	2

共済組合 埋葬料・~~家族埋葬料~~ 同 附加金請求書
互助組合 組合員 ~~被扶養者~~ 死亡弔慰金請求書

※給付コード	所属所コード	組合員証番号	埋葬年月 年	埋葬年月 月	死亡者性別・生年月 性別	年号	年	月		※決定額 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	28～43	44 45 46 47 48 49 50	51 52 53 54 55 56 57
	3 0 3 2 6	8 9 5 5 8	1 4 0 4		1	3	2 5	1 1	skip		

死亡者氏名	養老 太郎 続柄 本人	死亡年月日	平成 14年 3月 31日
埋葬年月日	平成 14年 4月 3日	死亡した被扶養者の認定年月日	昭和 平成 年 月 日
死亡の原因	肺腫瘍	給料	教育職（ 三 ）2級 72号給 4%減額 479,544 円

請求金額						
共済組合	埋葬料	599,430円	互助組合	死亡弔慰金	1,200,000	
	給料月額×1.25 ↑円			扶養加算額		
	附加金	25,000円		義務教育終了前の子		年 月 日生
	合計	624,430円				年 月 日生

本人死亡の場合の振込先			
金融機関 大垣共立	銀行 大垣馬天前	支店	普通
口座番号 1234567	名義人（フリガナ）ヨウロウ ハナコ 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 14年 4月 14日

請求者 住所 大垣市伝馬町2-6
氏名 養老 花子 ㊞
（組合員と請求者との続柄 妻）

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

所属所 所属所名 養老町立 養老中学校
所属所長名 大宮 洋子 ㊞
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. 被扶養者以外の人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