所属所

受付年月日

埋　葬　料
家族埋葬料
請求書

決定額	※　　円

組合員等	記号	○○○○	フリガナ	○○○○　○○○○	所属機関	名称　○○市
	番号	○○○○	組合員氏名	○○　○○		所在地　○○○○○○○○○○

死亡者氏名	○○　○○	生年月日 続柄	昭和 平成 令和　○ 年 ○ 月 ○ 日　続柄　○○
死亡年月日	令和　○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	死亡の場所	○○○○病院
埋葬年月日	令和　○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	死亡の原因	○○○○○○○○○○○○○○

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。

上記のとおり請求します。

鳥取県市町村職員共済組合　理事長　様

令和　○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

請求者　住　所　○○市○○町○○

氏　名　○○　○○

組合員との関係　○○

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。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。

2　被扶養者であった者以外の人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。

3　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。

4　※印欄は記入しないでください。

※決裁	令和　年　月　日	局長	次長	課長	合議	主査

（R7.4.1）

<埋葬料及び家族埋葬料>
〇 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。
※ ただし、組合員が死亡した場合で、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。
〇 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。

〇添付書類
「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。