共済組合用

伺	下記のとおり決定して[illegible]す。	決裁	局　長	課　長	課長補佐	係　長	係

組合員本人死亡の場合

☑埋　葬　料
□家族埋葬料　請　求　書
□附　加　金

決定額		
	法定給付	※　円
	附加金	□ 50,000円 □ 30,000円

組合員等記号番号	100 － 9999	組合員氏名	共済　太郎	所属所名	○○市
死亡者氏名	共済　太郎	死亡者生年月日性別・続柄	昭和　○ 年　○ 月　○ 日	性別	男・女
				続柄	本人
死亡年月日	令和　○ 年　○ 月　○ 日	死亡の場所	○○市○○町○○番地		
埋葬年月日	令和　○ 年　○ 月　○ 日	死亡の原因	病死（肺がん）		
☑埋葬料 □家族埋葬料	請求金額　50,000 円	附加金請求金額	☑ 50,000 円 □ 30,000 円		

上記のとおり請求します。

山形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○○番地
氏　名　共済　花子

組合員との関係　妻

埋葬に要した費用の額に関する証拠書類（葬儀費用の領収書等）の原本の返却を希望する場合は☑してください。 ☑

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

所属所長
職　名　○ ○ 市 長
氏　名　○ ○ ○ ○

所属所受付印

(R7.4.1)

※　この請求書を提出するときは、埋葬許可証又は火葬許可証の写し（添付できない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）を添付するか、裏面の死体埋火葬許可証写に市町村長の証明を受けてください。

※　死亡した組合員の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、上記のほか、埋葬に要した費用の額に関する証拠書類（葬儀費用の領収書等）の原本を添えてください。（領収書等の原本は返却が可能です。）

※　※印欄は、記入しないでください。

死体埋火葬許可証写

（第　　号）

死亡者の本籍	○○県○○市○○町○○番地
死亡者の住所	○○県○○市○○町○○番地
死亡者の氏名	共　済　太　郎
性別	男
出生年月日	昭和　○　年　○　月　○　日
死因	「法定伝染病」「その他」　（病名記載のこと） 肺がん
死亡年月日	令和　○　年　○　月　○　日
死亡の場所	○○市立病院
埋火葬の場所	○○市○○町○○番地
申請者の住所氏名及び死亡者との続柄	（住所）　○○市○○町○○番地
	（氏名）　共　済　花　子　　（続柄）　妻
埋火葬年月日	令和　○　年　○　月　○　日

上記写しのとおりであることを証明します。

令和　○　年　○　月　○　日

居住する市町村長名　職　名　○　○　市　長

氏　名　○　○　○　○

公印

共済組合用

伺	下記のとおり決定して[illegible]す。	決裁	局　長	課　長	課長補佐	係　長	係

被扶養者死亡の場合

☑埋　葬　料
☐家族埋葬料
☐附　加　金

請　求　書

決定額		
	法定給付	※　円
	附加金	☐ 50,000円 ☐ 30,000円

組合員等記号番号	100 － 9999	組合員氏名	共済　太郎	所属所名	○○市
死亡者氏名	共済　花子	死亡者生年月日性別・続柄	昭和　○ 年　○ 月　○ 日	性別	男・女
				続柄	妻
死亡年月日	令和　○ 年　○ 月　○ 日	死亡の場所	○○市○○町○○番地		
埋葬年月日	令和　○ 年　○ 月　○ 日	死亡の原因	病死（胃がん）		
☑埋葬料 ☐家族埋葬料	請求金額　50,000 円	附加金	請求金額	☐ 50,000 円 ☑ 30,000 円	

上記のとおり請求します。

山形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○○番地
氏　名　共済　太郎

組合員との関係　本人

埋葬に要した費用の額に関する証拠書類（葬儀費用の領収書等）の原本の返却を希望する場合は☑してください。 ☐

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

所属所長
職　名　○ ○ 市 長
氏　名　○ ○ ○ ○

所属所受付印

(R7.4.1)

※　この請求書を提出するときは、埋葬許可証又は火葬許可証の写し（添付できない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）を添付するか、裏面の死体埋火葬許可証写に市町村長の証明を受けてください。

※　死亡した組合員の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、上記のほか、埋葬に要した費用の額に関する証拠書類（葬儀費用の領収書等）の原本を添えてください。（領収書等の原本は返却が可能です。）

※　※印欄は、記入しないでください。

死体埋火葬許可証写

（第　　号）

死亡者の本籍	○○県○○市○○町○○番地
死亡者の住所	○○県○○市○○町○○番地
死亡者の氏名	共　済　花　子
性別	女
出生年月日	昭和　○　年　○　月　○　日
死因	「法定伝染病」「その他」（病名記載のこと） 胃がん
死亡年月日	令和　○　年　○　月　○　日
死亡の場所	○○市立病院
埋火葬の場所	○○市○○町○○番地
申請者の住所氏名及び死亡者との続柄	（住所）　○○市○○町○○番地
	（氏名）　共　済　太　郎　　（続柄）　夫
埋火葬年月日	令和　○　年　○　月　○　日

上記写しのとおりであることを証明します。

令和　○　年　○　月　○　日

居住する市町村長名　職　名　○　○　市　長

氏　名　○　○　○　○

公印