

組合員本人の場合	お取り扱い決定してよろ しくお願いします。	決 裁	局 長	課 長	課長補佐	係 長	係

- 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	<input type="checkbox"/>	50,000円
		<input type="checkbox"/>	30,000円

組合員証 記号番号	100 - 8888	組合員氏名	共 済 太 郎		所属所名	○ ○ ○
死亡者 氏 名	共 済 太 郎		死 亡 者 生 年 月 日	昭 和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女
			性 別・続 柄	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（胃癌）		
<input checked="" type="checkbox"/> 埋 葬 料 <input type="checkbox"/> 家 族 埋 葬 料	請求金額	50,000 円	附 加 金	請求金額	<input checked="" type="checkbox"/> 50,000 円 <input type="checkbox"/> 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 住 所 ○○市○○町○丁目○番○号 請求者 氏 名 共 済 花 子 組合員との関係 妻						
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 職 名 ○ ○ 市 長 所属所長 氏 名 ○ ○ ○ ○						

所属所  
受付印

- この請求書を提出するときは、市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。
- 被扶養者であった者以外の方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。
- ※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	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地
死亡者の住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地
死亡者の氏名	共 濟 太 郎
性 別	男
出生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日
死 因	(病名記載のこと) 「法定伝染病」 「その他」 胃 癌
死亡年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
死亡の場所	〇〇市立病院
埋 葬 の 場 所	〇〇市〇〇町〇〇番地
申請者の住所 氏名及び死亡 者との続柄	(住所) 〇〇市〇〇町〇〇番地
	(氏名) 共 濟 花 子 (続柄) 妻
埋 葬 年 月 日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
上記写しのとおりであることを証明します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 職 名 〇 〇 市 長 居住する市町村長名 氏 名 〇 〇 〇 〇	





# 死体埋火葬許可証写

(第 号)

死亡者の本籍	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地
死亡者の住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地
死亡者の氏名	共 濟 花 子
性 別	女
出生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日
死 因	(病名記載のこと) 「法定伝染病」 「その他」 肺 癌
死亡年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
死亡の場所	〇〇市立病院
埋 葬 の 場 所	〇〇市〇〇町〇〇番地
申請者の住所 氏名及び死亡 者との続柄	(住所) 〇〇市〇〇町〇〇番地
	(氏名) 共 濟 太 郎 (続柄) 本人
埋 葬 年 月 日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
上記写しのとおりであることを証明します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 職 名 〇 〇 市 長 居住する市町村長名 氏 名 〇 〇 〇 〇	

