埋葬料
家族埋葬料
弔慰金
家族弔慰金　請求書

カードNo
1 15 2

共済区分	新規
3 1	4 1

埋葬料	14 180	17 23	家族埋葬料	44 190	47 53
弔慰金	34 310	37 43	家族弔慰金	64 320	67 73

組合員証番号	組合員氏名	所属機関名	
7 12		コード	

生年月日	資格喪失年月日	給料月額	職級号給
元号 74 75 76 年 77 78 月 79 80 日	元号 81 82 83 年 84 85 月 86 87 日	88 94 円	

＊埋葬料･家族埋葬料請求のとき

請求金額	円

死亡者氏名		性別 109	続柄 110 111	死亡場所	
死亡者生年月日	年 月 日	男 1 女 2		死亡原因	
死亡年月日	元号 95 年 月 101 日	埋葬年月日	元号 102 年 月 108 日		

老人保健法の医療を受けていたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関名
介護保険法の医療を受けていたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称

(注) 埋火葬許可証の写を添付

＊弔慰金･家族弔慰金請求のとき

請求金額	円

市町村長又は警察署長の証明又は証明書	非常災害により死亡したことを証明する。 平成 年 月 日 職 名 証明者 氏 名 印

埋葬料又は弔慰金振込銀行口座等	振込先 (　　銀行) (　　支店) (普･No　　) 口座名義人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 続柄 (　　)

所属所受付		上記のとおり請求します。 地方職員共済組合大分県支部長 殿 平成 年 月 日 住 所 請求者 氏 名 (印)
支部受付		上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 印