

埋葬料・家族埋葬

埋葬料附加金・家族埋葬料附加金

記入例（埋葬料）

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--|-----|------------------|--------|---|---|---|-----------|
| 組合員証 記号番号 | 仙市 1234567 | 組合員 氏名 | 共済 太郎 | | 所属 | 〇〇局〇〇課 | | | | | |
| 死亡者 | 氏名 | 共済 太郎 | | 続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 組合員 (本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族) | 死亡日 | 令和 〇 年 〇 月 〇 日 | | | | | |
| | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 〇 年 〇 月 〇 日 | | 埋葬日 | 令和 〇 年 〇 月 〇 日 | | | | | |
| 死亡の場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 | | 葬儀を行った日又は埋火葬した日 | | | | | | | | |
| 死亡の原因 | <input type="checkbox"/> 交通事故など他人によるもの <input type="checkbox"/> 公務中または通勤中の傷病 <input checked="" type="checkbox"/> その他の病気・けが | | | | | | | | | | |
| 介護保険法による 給付を受けていたとき (該当する場合) | 保険者番号 | 被保険者番号 | | 保険者名 | | | | | | | |
| 上記のとおり請求します。 | | | | | | 所属所確認欄 (課収受印) | | | | | |
| 仙台市職員共済組合理事長 様 令和 〇 年 〇 月 〇 日 住 所 〚980-〇〇〇〇 仙台市青葉区〇〇町1-2-3 組合員 (請求者) 氏 名 共済 花子 (自署又は記名押印) 日中連絡先 電 話 番 号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | |
| 振込先口座 (組合員が死亡した場合のみ) | | | | | | | | | | | |
| 金融機関 | | 種別 | 口座番号 | | | | 口座名義カナ | | | | |
| 〇 〇 〇 | 銀行 金庫 農協 | 本店 支店 | 普通 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | キョウサイ ハナコ |

【添付書類】

- 必須書類
 - 死亡の事実を確認できる下記のいずれかの書類のコピー
 - ・埋（火）葬許可証
 - ・死亡診断書
 - ・死亡記載後の戸籍個人事項証明（戸籍抄本）
- 組合員が死亡した場合
 - 請求者名義の振込先口座を確認できる書類のコピー
- 組合員が死亡し、被扶養者以外が請求する場合
 - 葬儀費用の領収書及び明細書（原本）（確認後返却します。）

| | | | |
|---------------|--------------------|--|---|
| 共 済 組 合 処 理 欄 | | | |
| 共 済 組 合 受 付 印 | | | |
| 決定額 | 埋葬料 家族埋葬料 | | 円 |
| | 埋葬料附加金 家族埋葬料附加金 | | 円 |

埋葬料・家族埋葬

埋葬料附加金・家族埋葬料附加金

記入例（家族埋葬料）

| | | | | | |
|--|--|--|-----------------|-----|------------------|
| 組合員証 記号番号 | 仙市 1234567 | 組合員 氏名 | 共済 太郎 | 所属 | 〇〇局〇〇課 |
| 死亡者 | 氏名 | 共済 花子 | | 死亡日 | 令和 〇 年 〇 月 〇 日 |
| | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 〇 年 〇 月 〇 日 | | 埋葬日 |
| 死亡の場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 | | 葬儀を行った日又は埋火葬した日 | | |
| 死亡の原因 | <input type="checkbox"/> 交通事故など他人によるもの <input type="checkbox"/> 公務中または通勤中の傷病 <input checked="" type="checkbox"/> その他の病気・けが | | | | |
| 介護保険法による 給付を受けていたとき (該当する場合) | 保険者番号 | | 被保険者番号 | | 保険者名 |
| | | | | | |
| 上記のとおり請求します。 | | | | | 所属所確認欄 (課収受印) |
| 仙台市職員共済組合理事長 様 令和 〇 年 〇 月 〇 日 住 所 〒980-〇〇〇〇 仙台市青葉区〇〇町1-2-3 組合員 (請求者) 氏 名 共済 太郎 (自署又は記名押印) 日中連絡先 電話番号 内線 777-1234 | | | | | |
| 振込先口座 (組合員が死亡した場合のみ) | | | | | |
| 金融機関 | | 種別 | 口座番号 | | 口座名義カナ |
| 銀行 金庫 農協 | | 本店 支店 | 普通 | | |

【添付書類】

- 必須書類
死亡の事実を確認できる下記のいずれかの書類のコピー
・埋（火）葬許可証 ・死亡診断書 ・死亡記載後の戸籍個人事項証明（戸籍抄本）
- 組合員が死亡した場合
請求者名義の振込先口座を確認できる書類のコピー
- 組合員が死亡し、被扶養者以外が請求する場合
葬儀費用の領収書及び明細書（原本）（確認後返却します。）

| | | | |
|---------|--------------------|--|---|
| 共済組合処理欄 | | | |
| 共済組合受付印 | | | |
| 決定額 | 埋葬料 家族埋葬料 | | 円 |
| | 埋葬料附加金 家族埋葬料附加金 | | 円 |