

埋 葬 料 請 求 書

家族埋葬料

組合員証 記号番号	地・奈良	組合員 氏 名		所属名 (コード)	
死亡者 氏 名	死亡者の 生年月日 続柄		昭・平・令 年 月 日 続柄 ()		
死亡年 月 日	年 月 日		死亡の場所		
埋葬年 月 日	年 月 日		死亡の原因		
介護保険法による給 付を受けていた場合	保険者 番 号		被保険 者番号		保険者 の名称
請求金額			円		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">地方職員共済組合奈良県支部長 殿</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 請求者 氏 名</p> <p style="text-align: center;">組合員との続柄</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名</p>					

1. ※印欄は記入しないでください。

決定額	※		円
-----	---	--	---