課　長	係　長	係　員

該当する方を囲んでください。

伺　下記のとおりよろしいか。

被扶養者である家族が請求する場合：
埋葬料5万円＋附加金5万円＝10万円
被扶養者でない家族が請求する場合：
：埋葬料5万円のみ

埋葬料・家族埋葬料（附加金）請求書（160・170）

入力	

下記のとおり請求します。
茨城県市町村職員共済組合理事長　様

請求金額	50,000 円	決定金額	埋葬料等 50,000 円
			~~附加金 50,000 円~~

請求日	令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	所属所	○ ○ 市 役 所
組合員証記号番号	○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○		

組合員氏名	共 済　太 郎	取得年月日	平成○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	死亡年月日	令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
死亡者氏名	共 済　太 郎	喪失年月日	令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	埋葬年月日	令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
		認定年月日	年　月　日	死亡の場所	○ ○ 病 院
生年月日	平成○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 （続柄 本人 ）	取消年月日	年　月　日	死亡の原因	例）心筋梗塞

死亡日の翌日が喪失年月日です。

【埋葬料】請求者記入欄

◎【埋葬料】を請求する場合は、必ず遺族の請求者氏名等を記入してください。
（被扶養者である家族が請求する場合は、請求者氏名は、被扶養者としてください。
（被扶養者でない家族が請求する場合は、記入の必要はありません。）

該当する方を囲んでください。

フリガナ	キョウサイ　ハナコ	請求者住所等	〒 ○○○ - ○○○○
請求者氏名	共 済　花 子		茨城県○○市○○町○○番地
続柄等	（続柄 妻 ） 被扶養者である・被扶養者ではない		電話（ ○○○ ） ○○○ - ○○○○

公金受取口座を利用する	
□ 利用する	☑利用しない

利用する → 「公金受取口座情報を利用するための同意書」を添付してください。
利用しない → 下欄に口座情報をご記入ください。

| 受取口座 | | | | |