

埋葬料 同附加金 請求書

家族埋葬料 同附加金

種別	登録番号
51	

所属所名		死亡年月日	年 月 日
組合員氏名		埋(火)葬年月日	年 月 日
組合員証番号	家族埋葬料 の 場 合	被扶養者認定年月日
組合員資格喪失日	年 月 日		年 月 日
死亡者氏名		埋葬費用 (実額入力)	円

●太線枠内を記入してください

死亡者	添付書類				
組合員本人	1 被扶養者あり	<input type="checkbox"/> 「埋(火)葬許可証(写)」又は「死亡診断書(死体検案書)(写)」 <input type="checkbox"/> 請求者名義の「口座振込依頼書」			
	2 被扶養者なし	<input type="checkbox"/> 「埋(火)葬許可証(写)」又は「死亡診断書(死体検案書)(写)」 <input type="checkbox"/> 請求者名義の「口座振込依頼書」 <input type="checkbox"/> 埋(火)葬に要した費用の「領収書(写)」及びその「明細書(写)」			
被扶養者	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">生年月日</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">年 月 日</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">続柄</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 「埋(火)葬許可証(写)」又は「死亡診断書(死体検案書)(写)」	生年月日	年 月 日	続柄	
生年月日	年 月 日	続柄			

死亡の場所(所在地)		死亡の原因 ※事故の場合は事故報告書を添付してください。
介護保険法の給付を受けたとき	保険者番号	被保険者番号
		保険者の名称

上記のとおり請求します。 東京都職員共済組合理事長 殿 年 月 日 〒 住所 請求者 氏名 (印) 組合員との続柄 () *請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。	退職者の場合 電話番号 ()
---	--------------------

共済組合
決定欄
課長

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所属所長 職名 氏名 (印) 担当者 電話番号	共済組合受付印	課長代理
		担当

[注意事項]

- 1 「埋(火)葬年月日」欄には、葬儀を執り行った日を記入してください。
- 2 家族埋葬料は、当組合において組合員の被扶養者として認定されていた方が亡くなった場合に請求できます。
- 3 「領収証」及び「明細書」のあて名が請求者の氏名となっていることを確認してください。
- 4 組合員死亡の場合は、組合員資格喪失手続、被扶養者死亡の場合は、被扶養者抹消申告手続の完了を確認した上で、当該請求の給付処理を行います。(同手続は、東京都職員共済組合事務局年金保険部医療保険課資格担当宛てに行ってください。)
- 5 組合員死亡の場合、埋葬料の口座振替依頼書と別に医療費等給付金の口座振替依頼書が必要な場合があります。

[上記のほかに必要な添付書類]

- 「埋葬料の請求に係る証明書」: 次の(1)又は(2)に該当する場合
 - (1) 組合員であった方が、退職後(任意継続組合員は資格喪失日から起算して)3か月以内に死亡した場合の埋葬料の請求
 - (2) 被扶養者であった方が、認定後3か月以内に死亡した場合の家族埋葬料の請求
- 「事故報告書」: 次のいずれかに当てはまる場合は添付してください。
 - 第三者行為(相手方が不明の場合に限る。)による事故及び事件並びに自損事故等の場合(自殺の場合を含む。)

任意継続組合員は、元所属

記入例

様式第10号 (第17条、第22条関係)

(組合員本人死亡の場合)

埋葬料 同附加金 請求書

家族埋葬料 同附加金

種別	登録番号		
51			
死亡日を記入			
所属所名	〇〇局総務部	死亡年月日	年 月 日
組合員氏名	共済太郎	埋(火)葬年月日	年 月 日
組合員証番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被扶養者認定年月日	年 月 日
組合員資格喪失日	死亡年月日の翌日の日付を記入	家族埋葬料合	年 月 日
死亡者氏名	共済太郎	埋葬費用 (実額入力)	円

●太線枠内を記入してください

死亡者	添付書類
① 被扶養者あり	<input checked="" type="checkbox"/> 「埋(火)葬許可証(写)」又は「死亡診断書(死体検案書)(写)」 <input checked="" type="checkbox"/> 請求者名義の「口座振込依頼書」
② 被扶養者なし	<input type="checkbox"/> 「埋(火)葬許可証(写)」又は「死亡診断書(死体検案書)(写)」 <input type="checkbox"/> 請求者名義の「口座振込依頼書」 <input type="checkbox"/> 埋(火)葬に要した費用の「領収書(写)」

配偶者が被扶養者として認定されていない場合で、子のみ被扶養者として認定されている場合
 本請求書の請求者は、被扶養者として認定されている子の名前で請求してください。
 ※「口座振込依頼書」の振込依頼者は、子の名前、振込口座については、子の口座をご指定ください。

死亡の場所 (所在地)	東京都新宿区 西新宿2-3-4 西新宿病院	死亡の原因 ※事故の場合は事故報告書を添付してください。	脳梗塞
介護保険法の給付を受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称

上記のとおり請求します。

東京都職員共済組合理事長 殿
 年 月 日 退職者の場合 電話番号 〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
 〒〇〇〇-〇〇〇〇

請求年月日記入 請求者 住所 東京都新宿区戸山3-7-1
 氏名 共済花子 (共済) 組合員との続柄 (妻)

*請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

共済組合
決定欄
課長

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日 証明年月日記入

職名 〇〇局総務部長 公印
 氏名 千代田 一郎 印

担当者 戸山 幸子 電話番号 03-1234-5678

共済組合受付印 課長代理
 担当

【注意事項】

- 「埋(火)葬年月日」欄には、葬儀を執り行った日を記入してください。
- 家族埋葬料は、当組合において組合員の被扶養者として認定されていた方が亡くなった場合に請求できます。
- 「領収証」及び「明細書」のあて名が請求者の氏名となっていることを確認してください。
- 組合員死亡の場合は、組合員資格喪失手続、被扶養者死亡の場合は、被扶養者抹消申告手続の完了を確認した上で、当該請求の給付処理を行います。(同手続は、東京都職員共済組合事務局年金保険部医療保険課資格担当宛てに行ってください。)
- 組合員死亡の場合、埋葬料の口座振替依頼書と別に医療費等給付金の口座振替依頼書が必要な場合があります。

【上記のほかに必要な添付書類】

- 「埋葬料の請求に係る証明書」：次の(1)又は(2)に該当する場合
 - 組合員であった方が、退職後(任意継続組合員は資格喪失日から起算して)3か月以内に死亡した場合の埋葬料の請求
 - 被扶養者であった方が、認定後3か月以内に死亡した場合の家族埋葬料の請求
- 「事故報告書」：次のいずれかに当てはまる場合は添付してください。

第三者行為(相手方が不明の場合に限る。)による事故及び事件並びに自損事故等の場合(自殺の場合を含む。)

記入例

任意継続組合員は、元所属先

様式第10号（第17条、第22条）

（被扶養者死亡の場合）

埋葬料 追加金 請求書

○ 家族埋葬料 同追加金

種別	登録番号
51	
死亡日を記入	死亡年月日
死亡日	年 月 日
埋(火)葬を行った日を記入	埋(火)葬年月日
埋(火)葬年月日	年 月 日
被扶養者認定年月日	
被扶養者に認定された日を記入	被扶養者認定年月日
被扶養者認定年月日	年 月 日
死亡者氏名	死亡費用 (実額入力) 円
死亡者氏名	死亡費用 (実額入力) 円

● 太線枠内を記入してください

死亡者	添付書類
組合員本人	<input type="checkbox"/> 「埋(火)葬許可証(写)」又は「死亡診断書(死体検案書)(写)」 <input type="checkbox"/> 請求者名義の「口座振込依頼書」 <input type="checkbox"/> 「埋(火)葬許可証(写)」又は「死亡診断書(死体検案書)(写)」 <input type="checkbox"/> 請求者名義の「口座振込依頼書」 <input type="checkbox"/> 埋(火)葬に要した費用の「領収書(写)」及びその「明細書(写)」
被扶養者	<input checked="" type="checkbox"/> 「埋(火)葬許可証(写)」又は「死亡診断書(死体検案書)(写)」
被扶養者の生年月日を記入	被扶養者の生年月日
被扶養者の生年月日	年 月 日

死亡の場所 (所在地)	死亡の原因	脳梗塞
東京都新宿区 西新宿2-3-4 西新宿病院	※事故の場合は事故報告書を添付してください。	
介護保険法の給付を受けたとき	保険者番号	被保険者番号
		保険者の名称

上記のとおり請求します。

東京都職員共済組合理事長 殿

年 月 日

退職者の場合 電話番号 ○○(○○○○)○○○○

〒○○○-○○○○

請求年月日記入

住所 東京都新宿区戸山3-7-1

請求者 氏名 共済太郎 (共済印) 組合員との続柄(本人)

* 請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

共済組合
課長

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

証明年月日記入

職名 ○○局総務部長

氏名 千代田 一郎 (公印)

共済組合受付印

課長代理

担当

担当者 戸山 幸子 電話番号 03-1234-5678

【注意事項】

- 「埋(火)葬年月日」欄には、葬儀を執り行った日を記入してください。
- 家族埋葬料は、当組合において組合員の被扶養者として認定されていた方が亡くなった場合に請求できます。
- 「領収証」及び「明細書」のあて名が請求者の氏名となっていることを確認してください。
- 組合員死亡の場合は、組合員資格喪失手続、被扶養者死亡の場合は、被扶養者抹消申告手続の完了を確認した上で、当該請求の給付処理を行います。(同手続は、東京都職員共済組合事務局年金保険部医療保険課資格担当宛てに行ってください。)
- 組合員死亡の場合、埋葬料の口座振替依頼書と別に医療費等給付金の口座振替依頼書が必要な場合があります。

【上記のほかに必要な添付書類】

- 「埋葬料の請求に係る証明書」：次の(1)又は(2)に該当する場合
 - 組合員であった方が、退職後(任意継続組合員は資格喪失日から起算して)3か月以内に死亡した場合の埋葬料の請求
 - 被扶養者であった方が、認定後3か月以内に死亡した場合の家族埋葬料の請求
- 「事故報告書」：次のいずれかに当てはまる場合は添付してください。

第三者行為(相手方が不明の場合に限る。)による事故及び事件並びに自損事故等の場合(自殺の場合を含む。)