別紙様式第3号　　【共済クラウド対応】

□ 埋　葬　料 ・ 埋葬料附加金
□ 家族埋葬料 ・ 家族埋葬料附加金　請求書

給付種別	160 170

組合員等記号番号	―	ﾌﾘｶﾞﾅ		所属所名	
		組合員氏名			
ﾌﾘｶﾞﾅ		死亡者生年月日	年　月　日	※ 続柄 ｺｰﾄﾞ	
死亡者氏名					
資格取得年月日	年　月　日	資格喪失年月日	令和　年　月　日		
死亡年月日	令和　年　月　日	死亡の原因			
死亡の場所		※ 埋葬料・家族埋葬料決定金額	円		
埋葬年月日	令和　年　月　日				
埋葬料・家族埋葬料請求金額	円	※ 埋葬料附加金・家族埋葬料附加金決定金額	円		
埋葬料附加金・家族埋葬料附加金請求金額	円				

介護保険法による給付を受けていたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称

上記のとおり請求します。

□公金受取口座を利用する。
（共済組合に届出の給付金等受取口座と同じときはチェック不要です。）

青森県市町村職員共済組合理事長　様

令和　年　月　日

請求者　住所
氏名
続柄

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　年　月　日

所属所長　職名
氏名

（注）1 市区町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写しを添付してください。
2 被扶養者であった者以外の人が埋葬料を請求する場合には、1のほか、「埋葬料請求による受取口座の指定について」、埋葬に要した費用に関する証拠書類を添付してください。
3 介護保険法による給付を受けている者が死亡したときは、同法の規定によるた保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。
4 ※欄は、記入しないでください。