

# 家族埋葬料附加金請求書

団体名	教職互助	所属所コード		所属所名		
		会員コード		会員氏名		
死 亡 者 の				生 年 月 日	年 月 日	
氏 名			続柄	性別	死 亡 年 月 日	令和 年 月 日
					埋 葬 年 月 日	令和 年 月 日
死 亡 の 場 所						
死 亡 の 原 因						
請 求 金 額		円	※ 決 定 金 額		円	
上記のとおり請求します。 一般財団法人石川県教職員互助会理事長 様 令和 年 月 日 自宅住所 請求者 職名 氏名 印						
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 所属所名 所属所長 職氏名 印					所属所受付印	

※ 氏名を自署する場合は押印不要

- この請求書を提出するときは、市町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写しを添えてください。
- 健康保険から給付された額を証明する書類を添えてください。
- 健康保険証のコピーを添えてください。
- ※印欄は、記入しないでください。