

該当事項を丸で囲む

不明な場合は空欄

資格喪失後の請求の場合、
退職時のものを記入

埋葬料
家族埋葬料
請求書

| | |
|-----|-----------|
| 請求額 | 〇〇,〇〇〇 円 |
| 決定額 | ※ 記入不要 |
| 決定額 | ※ |

日中連絡のつく電話番号、
内線番号等を記入

| | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------|---------------------------|----------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 組合員番号 | 401-XXXXXXXX | 組合員氏名 | 防衛 太郎 | 所属部局課 (部隊名) 連絡先電話番号 | 〇〇課 XXX-XXXX-XXXX (内線番号 XXXXX) |
| 資格取得年月日 | 〇〇〇〇年〇月〇日 | 資格喪失年月日 | 〇〇〇〇年〇月〇日 | 療養終了年月日 | 〇〇〇〇年〇月〇日 |
| 死亡者氏名 | 防衛 太郎 | 生年月日 性別続柄 | 明大昭平令 〇 年 〇 月 〇 日 | 性別 | 男・女 続柄 夫 |
| 死亡年月日 | 〇〇〇〇年〇月〇日 | 死亡の場所 | 〇〇病院 | 死亡日、場所、原因等が不明な場合は推定されたものを記入 | |
| 埋葬年月日 | 〇〇〇〇年〇月〇日 | 死亡の原因 | 〇〇病 | | |
| 請求額 | 50,000 円 | 追加給付を除いた埋葬料又は家族埋葬料の請求額を記入 | | | |
| 上記のとおり請求します。 防衛省共済組合 市ヶ谷センター所属所長 殿 〇年 〇月 〇日 | | | | 住所 〒XXX-XXXX 東京都〇〇区〇〇〇 | 請求者 氏名 防衛 花子 組合員との関係 妻 |

《埋葬料の場合》
「被扶養者であった者で埋葬を行う者」又は「埋葬を行った者」の住所、氏名を記入し、その者の組合員との関係を記入

《家族埋葬料の場合》
組合員の住所、氏名

振込先を選択する。公金受取口座ではなく指定の口座で受取を希望する場合は、下部に振込先を記入して振込先の分かるもの（通帳のコピー等）を添付する。

振込先口座（職員名義の国内口座を記入）公金受取口座希望（する / しない）
（公金受取口座への振込を希望する場合は、公金受取口座の「する」を選択し、振込先は記入不要です。）

銀行 支店 普通当座 口座番号 フリガナ名義人