

支 出 計 算 書										伝票番号				1 2 3 4				小切手番号					
支 部 長		局 長		部 長		課 長		課長補佐		係 長		係 員		左記金額領収いたしました。 5 6 7 8 9 10 平成 年 月 日 氏 名 ㊞									
※ 決裁年月日		平成 年 月 日				※ 決 定 金 額		法定給付		円													
								附加給付		円													
								計		円													

データ区分 ※										請 求 書									
11 12 13 14																			
4 8																			

組合員証記号番号										15										死 亡 者 氏 名										本 人 : 1										23							
																														家 族 : 2																	
組 合 員 氏 名																				死亡者生年月日続柄										年 月 日										男 女							
所 属 局 (部) 課 名																				死 亡 年 月 日										平成										24 25		26 27		28 29		日	
資 格 取 得 年 月 日										昭和 年 月 日										埋 葬 年 月 日										平成 年 月 日																	
資 格 喪 失 年 月 日										平成 年 月 日										死 亡 の 場 所																											
請 求 金 額										法定給付 円 附加給付 円 計 円										死 亡 の 原 因																											
標 準 報 酬										第 級 円 検印										療 養 終 了 年 月 日										年 月 日																	
老人保健法の医療を受けていたとき										市 町 村 番 号										受 給 者 番 号										発 行 機 関 名																	

上記のとおり請求します。 平成 年 月 日 文部科学省共済組合 香 川 大 学 支 部 長 殿 請求者 住 所 氏 名 組合員との続柄 ㊞									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 1 この請求書を提出するときは、市町村長の埋葬許可証もしくは火葬許可証の写やむを得ない理由によりこれらの許可証の写しを提出できない場合には、死亡の事実を証明する書類を添付して下さい。
- 2 被扶養者以外の方が埋葬料を請求をする場合には、1のほか、埋葬に要した費用の額に関する証拠書類を添えて下さい。
- 3 任意継続組合員は、標準報酬欄に退職の際の掛金の基礎となった標準報酬の月額のほか、任意継続掛金の標準となった標準報酬の月額を記入して下さい。
- 4 老人保健法の医療を受けている者が死亡したときは、健康手帳の医療の受給資格を証するページに記載されている市町村番号、受給者番号及び発行機関名を記入して下さい。
- 5 ※印欄は記入しないで下さい。