

支出計算書						伝票番号	1	2	3	4	小切手番号									
支部長	理事	部長	G L	副 G L	主 査	グループ員	左記金額領収いたしました。													
※ 決裁年月日		令和 年 月 日		※ 決定金額		法定給付	円	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;">5</td><td style="width: 15px; height: 15px;">6</td></tr> </table>		5	6	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;">7</td><td style="width: 15px; height: 15px;">8</td></tr> </table>		7	8	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;">9</td><td style="width: 15px; height: 15px;">10</td></tr> </table>		9	10	日
5	6																			
7	8																			
9	10																			
				附加給付		円	令和		年		月		日							
				計		円	氏名						印							
データ区分	※	埋葬料・附加金 家族埋葬料・附加金 請求書																		
11	12	13	14					組合員証番号				死亡者氏名				本人:1	23			
				組合員氏名				死亡者生年月日、性別及び続柄				年 月 日				男 続柄				
所属部(室)グループ名				昭和 年 月 日				死亡年月日				令和 年 月 日				女				
資格取得年月日				昭和 平成 年 月 日				死亡の場所				令和 年 月 日								
資格喪失年月日				令和 年 月 日				死亡の原因				療養終了年月日				年 月 日				
請求金額				法定給付 円				附加給付 円				計 円								
標準報酬				第 級 円				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		所属部課長検印												
上記のとおり請求します。																				
令和 年 月 日																				
文部科学省共済組合広島大学支部長 殿																				
請求者 住所 氏名																				
組合員との続柄 () ※請求者が組合員でない場合																				

- | | | |
|---|---------|-----|
| 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ください。 | 部局受付年月日 | 受付者 |
| 2 被扶養者以外の方が埋葬料を請求する場合は、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ください。 | | |
| 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外、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ください。 | | |
| 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ください。 | | |
| 5 ※印欄は記入しないでください。 | | |