

埋葬料受給権証明書

※この証明書は、家族埋葬料を請求する際、死亡日が被扶養者認定後3ヶ月以内の場合、請求書に添付してください。

組合員証 記号番号	—	組合員氏名	所属機関名	
共済組合の被扶養者認定前3ヶ月に係る社会保険等加入状況及び退職後の給付受給等について（右の該当する事項について○印をつけること。）		1. 私の被扶養者（ ）は、共済組合の被扶養者認定前は、国民健康保険の被保険者であった。	①	
		2. 私の被扶養者（ ）は、共済組合の被扶養者認定前は、 年 月 日から 年 月 日まで（ ） に勤務し、健康保険法に基づく被保険者又は他の法律 に基づく共済組合の組合員であった。 (1) 上記のところに勤務していたが、退職後の埋葬料の受給権はない。 (2) 上記受給権があるが、受給しない。したがって、受給権放棄申出書を別途提出いたします。		②
		3. その他（ ）		
上記のとおり相違ありません。 山梨県市町村職員共済組合理事長 殿 年 月 日 <div style="text-align: right;">住所</div> 請求者 氏名		④		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 <div style="text-align: right;">職名</div> 所属所長 氏名 印				

① 組合員証の記号・番号、組合員氏名、所属機関名（市町村・一部事務組合）を記入してください。

② 該当する番号を○で囲み、2に該当する場合は組合員の被扶養者に認定された以前6ヶ月の社会保険等の加入状況（勤務先等）を記入し（1）又は（2）を○で囲んでください。なお、（2）に該当する場合には、次のページの「埋葬料受給権放棄申出書・証明書」を添付してください。

③ 請求年月日と請求者の住所・氏名を記入してください。

④ 請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。

（注）2の（1）（2）の受給権とは、被保険者又は組合員であった期間が満1年以上の場合には有するものである。