

埋葬料に係る確約書

(資格喪失後給付用)

令和 年 月 日

京都市市町村職員共済組合理事長 様

元組合員は、下記のとおり健康保険組合等の被扶養者となり死亡しましたが、私は共済組合へ埋葬料の請求をしますので、健康保険組合等へは、家族埋葬料の請求をしないことを申し立てます。

元組合員氏名 (記号 番号)

請求者氏名

記

健康保険組合等の名称・連絡先	TEL () -
記号番号	
被保険者氏名	
認定年月日	

* 健康保険組合名及び記号番号は、具体的に記入してください。