

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

支給支払決議書			
常務理事	事務局長	係長	担当者
資格取得		年	月
資格喪失		年	月
支払年月日		年	月

支給額	円
支払内訳	
埋葬料	円
埋葬料付加金	円
埋葬費	円
埋葬費付加金	円

**被保険者家族 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書**

① 被保険者証の記号・番号	第 _____ 号	② 被保険者の勤務していた、または勤務している事業所の	(ア) 名称					
			(イ) 所在地					
③ 死亡した年月日	年	月	日	④ 死亡原因				
⑤ 被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア) 氏名	(イ) 埋葬した年月日	年	月	日	(ウ) 埋葬に要した費用	金	円
	(エ) 被保険者の(最後)の標準報酬月額	千円	(オ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係					
⑥ 被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	(ア) 氏名	(イ) 生年月日	昭平	年	月	日	(ウ) 被保険者との続柄	
⑦ 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	
⑧ 備考								

⑨ 振込希望の銀行	銀行	支店(普通第 _____ 号)
上記のとおり請求します。		
年	月	日
	⑩ 住所	
	請求者の	⑪ 印
	⑫ 氏名	
	健康保険組合理事長 殿	

⑬ 委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	_____ 年 月 日請求した(被保険者・家族)埋葬料(費)・(被保険者・家族)埋葬料(費)付加金のうち金 _____ 円也の受領に関すること。	
	_____ 年 月 日	
	⑭ 住所	
	請求者の	
	⑮ 氏名	⑯ 印
	⑰ 住所	
	代理人の	⑱ 印
	⑲ 氏名	

⑳ 振込希望の銀行	銀行	支店(普通第 _____ 号)
-----------	----	-----------------

事業主の証明	㉑ 死亡した者の氏名	㉒ 死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	年	月
	うえのとおり相違ないことを証明します。		
	年	月	日
	⑳ 住所	事業主	㉕ 印
	㉔ 氏名		