

支給支払決議書		常務理事	事務長		担当
支給額		円	資格取得	年	月 日
支給内訳	埋葬料	円	資格喪失	年	月 日
	埋葬料付加金	円	支払年月日	年	月 日

被保険者  
家族

## 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

請求者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号	記号 00 番号 00000	被保険者の氏名 と生年月日	健保 太郎 昭・平・令 43年 5月 1日		
	事業所の名称	新電元商事				
	死亡した年月日	令和 1年 6月 30日	死亡原因	老 衰		
	被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の					
	氏 名	埋葬した年月日		埋葬に要した費用		
		令和 年 月 日		金 円		
	被保険者の、最後の標準報酬月額	千円		死亡した被保険者と請求者の身分関係		
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の					
	被扶養者氏名	被扶養者の生年月日		続 柄		
	健保 誠一郎	昭・平・令 20年 5月 15日		父		
備 考						
振込先金融機関	銀行 支店 口座番号 普通 ※ 届出済の口座に振り込みますので届出済の方は記入不要です					
上記のとおり申請します。 令和 1年 7月 2日 住所 埼玉県飯能市×-×× 請求者の 氏名 健保 太郎 健康保険組合理事長 殿						

事業主の証明	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 事業主の 氏名		

※ 事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村名の埋葬許可書、火葬許可書の写、死亡診断書、死体検案書、検視調査書の写しを添付してください。