

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 番号	被保険者の氏名 と生年月日	昭・ 平・令	年 月 日	
	事業所の名称					
	死亡した 年月日	令和 年 月 日	死亡原因			
	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			
		昭・ 平・令	年 月 日			
	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 年 月 日 住所 請求者の 氏名 健康保険組合理事長 殿 (印)					

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 (印)		

※ 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。