

支給決定額	支給決定日 平成 年 月 日				給付記録 入力済印
	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者	
円					

被保険者  
家族 埋葬料(費)請求書

(記入上の注意)

・表題の「被保険者」と「家族」は、いずれか該当する文字を○で囲んで下さい。  
 ・死亡した被保険者の被扶養者で埋葬を行うべき者以外の者がこの請求をする場合は表題の「料」の文字を抹消し、⑦⑩⑫欄を必ず記載するとともに埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳として品目、数量、金額が

・死亡に関する事業主が証明するところ  
 明記してあることが必要)を添付して下さい。  
 ・事業主の証明を受けないで請求するときは、区市町村長が発行した「埋葬許可書」若しくは「火葬許可書」の写又は「死亡診断書」「死体検案書」の写を添付して下さい。  
 ⑩欄は、資格喪失後の死亡のみ記入して下さい。

① 健康保険証	記号		② 被保険者 (請求者)	住所	
	番号			氏名	印
③ 資格取得 年月日	昭和 平成	年 月 日	⑤ 事業所の 名称・所在地		
④ 資格喪失 年月日	平成	年 月 日	⑦ 死亡した被保険者名 (生年月日)		(大・昭・平 年 月 日生)
⑥ 被保険者の(最後 の)標準報酬月額	千円	⑧ 死亡 年月日	平成 年 月 日	⑨ 死亡した 原因	
⑩ 埋葬年月日 (葬儀)	平成 年 月 日	⑪ 死亡した被保険者 と請求者との関係		⑫ 埋葬に 要した費用	円 (添付の通り)
⑬ 死亡した被扶養者の 氏名・生年月日・続柄		明・大・昭・平 年 月 日生 続柄 ( )			

⑭ 死亡に関する事業主 が証明するところ	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 事業主 名称・所在地 又は 代理人 氏 名 印
----------------------------	--

⑮ 受取代理人	本請求に基づく給付金に関する権限を事業主(又は代理人)に委任します。 平成 年 月 日 被保険者 住 所 (請求者) 氏 名 事業主 名称・所在地 又は代理人 氏 名 印
------------	---

受付日付印

⑯ 振込希望先	金融機関名	銀行・信用金庫	口座番号	普通・当座	フリガナ
		本店・支店・出張所			口座名義
		( 千 - )			
	被保険者 (請求者)	住所 氏名		TEL ( - - ) FAX ( - - )	印