

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 額	円		
支給内訳	埋 葬 料	円	
	埋葬料付加金	円	
	埋 葬 費	円	

支 給 支 払 決 議 書			
常務理事	事務長	係	
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

被保険者
家 族

☒ 埋葬料・埋葬料付加金請求書
☐ 埋葬費請求書

請求者の記入欄	被保険者 記号・番号	00 - 0000	被保険者の 事業所	〇〇〇〇株式会社
	請求書氏名	健保 太郎 印	請求者の 生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成 令和
	請求者の 住所・電話番号	〒 510 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1丁目1-1 TEL 000 (000) 0000		
	死亡した被保険者 または被扶養者の氏名	健保 クミ	生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成 令和
	死亡原因（傷病名）	心不全	死亡年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	埋葬に要した費用	金 000, 000円	埋葬した日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	死亡した被保険者、または被扶養者と 請求者との続柄		母	
	※被保険者が死亡したときのみ記入			
	被保険者と請求者の生計維持関係 / 該当項目にチェックしてください		添付書類	
	☒ 死亡した被保険者の被扶養者となっていた		事業主の証明	
	☐ 死亡した被保険者の被扶養者ではなかったが生計維持関係はあった		住民票、住居が別の場合は仕送り等の事実がわかる書類など	
	☐ 生計維持関係はなかった（埋葬を行った）		埋葬に要した費用の領収書、明細書	
	死亡原因が第三者行為によるものであるか否か / ある場合は第三者の氏名・住所			
	☐ ある ☒ ない		第三者の氏名・住所	
振込希望口座 (請求者名義) ※請求者が被保険者の場合は記入不要。 (届出口座振込の為)	金融機関名		支店名	
	銀行・労働金庫・農協 信用金庫・信用組合		本店・支店 出張所	
	種別	口座番号	口座名義（カタカナ）	
	普通			
上記のとおり請求します。 (請求日) 0000 年 〇〇月 〇〇日				
日本トランスシティ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	年 月 日	死亡	
	上記の内容に相違ないことを証明します。			
	年 月 日 住所 事業主 氏名 印			