

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

支給支払決議書			
常務理事	事務長	係	
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	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

**被保険者
家族
埋葬料(費)・埋葬料付加金請求書**

(1) 被保険者証の記号・番号	第 00-0000 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	(7) 名称 〇〇〇〇×××株式会社			
	(4) 所在地 〇〇県〇〇〇市×× 1-2-3			
(3) 死亡した年月日	▲▲00 年 00 月 00 日			
(4) 死亡原因	心不全			
(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	(7) 氏名	(4) 埋葬した年月日	▲▲00 年 00 月 00 日	
	(7) 埋葬に要した費用	金	円	
	(イ) 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	(7) 氏名 健保 クミ	(4) 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 00 年 00 月 0 日	
	(7) 被保険者との続柄 母		<input type="checkbox"/> 平	
(7) 老人保健法の医療を受けていたとき	市町村番号	〇〇〇〇	受給者番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇
	発行機関名	××××××××××		
(8) 備考				
(9) 振込希望の銀行名	〇〇〇〇 銀行	▲▲ 支店	(<input checked="" type="checkbox"/> 普通当座 00000000 号)	
上記のとおり請求します。 ▲▲00 年 00 月 00 日				
(10) 請求者の住所		〇〇県〇〇〇市××3-1-2		
(11) 請求者の氏名		健保 太郎 (印)		
健康保険組合理事長 殿				

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 埋葬料(費)・被保険者 埋葬料付加金のうち
	金	円也の受領に関すること。
	年 月 日	
	(13) 請求者の住所	
	(14) 請求者の氏名	(印)
(15) 代理人の住所		
(16) 代理人の氏名	(印)	
(17) 振込希望の銀行名	銀行	支店 (<input type="checkbox"/> 普通当座 号)

領収書	金	円也但し
	うえの金額を領収いたしました。	
	年 月 日	
	健康保険組合理事長 殿	
(19) 受領者住所		
(20) 受領者氏名		(印)

事業主の証明	(21) 死亡した者の氏名		(22) 死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します。			
	年 月 日		(23) 事業主住所	
		(24) 事業主氏名	(印)	