

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	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		
	(4) 所在地		
(3) 死亡した年月日	年	月	日
(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	年	月
	(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		
	(4) 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日
(7) 老人保健法の医療を受けていたとき	(7) 被保険者との続柄		
	市町村番号	発行機関名	受給者番号
(8) 備考			
(9) 振込希望の銀行名	銀行	支店	( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 号)
上記のとおり請求します。			
年 月 日			
(10) 請求者の住所			
(11) 請求者の氏名 (印)			
健康保険組合理事長 殿			

(12) 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 <input type="checkbox"/> 当座 号)

(18) 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)			