

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
埋葬料附加金	円
埋葬費	円
埋葬費附加金	円

被保険者 家族 埋葬料(費)・埋葬料(費)附加金請求書

(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
				00
	(4) 埋葬に要した費用	金		円
	(5) 被保険者の(最後の)標準報酬月額			千円
	(6) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令
			月	00
			日	0
	(7) 被保険者との続柄	母		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 <input type="checkbox"/> 当座 00000000 号)
上記のとおり請求します。				
		▲▲00	年	00
			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			

(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(費)附加金のうち	
	金	円也の受領に関すること。	家族	家族	
	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)		