

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
	埋葬料附加金	円
	埋 葬 費	円
	埋葬費附加金	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(費)・埋葬料(費)附加金請求書**

(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 (4) 死亡原因
(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 日
	(7) 埋葬に要した費用	金	円
	(I) 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 <input type="checkbox"/> 平
	(7) 被保険者との続柄		
(7) 老人保健法の医療を受けていたとき	市町村番号		受給者番号
	発行機関名		
(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			

委任状	(12) 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 家族	埋葬料(費)・被保険者 家族 埋葬料(費)附加金のうち
	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)	

領収書	(18) 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)			