支給支払決議書													
	支　払　額							常務理事	事務長	担当者	標準報酬月額		
											千円		
	支給内訳	法定給付額						資格	取得	年　月　日			
									喪失	年　月　日			
	死　亡　日		令　年　月　日					備　考					

健康保険　被保険者・家族

埋葬料（費）請求書

令和　年　月　日提出

※捺印は不要です。但し、**訂正した場合は訂正印を押印**してください。

被保険者（請求者）が記入							
被保険者の記号・番号	記号	○○	番号	○○○○	被保険者(請求者)の氏名	フリガナ	ケンポ　ハナコ
							健保　花子
被保険者（請求者）の現住所	〒 ○○○-○○○○ ○○○○○1-1-1					電話	○○（○○○○）○○○○
事業所の名称	○○○株式会社						
死亡した年月日	令　○年　○月　○日		死亡原因	脳梗塞		第三者行為によるもの	はい・いいえ
被扶養者の死亡の請求であるときはその方の	氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日		続柄	
被保険者の死亡の請求であるときはその方の	被保険者氏名	健保　太郎		被保険者と請求者との身分関係	妻		
	埋葬日 ※1	令　年　月　日		埋葬に要した費用　※2	円		

※1と※2は「埋葬費」の場合のみ、ご記入下さい。

受付日付印

※ 在籍者は、事業所経由（給与加算）でお支払しますので、下記の委任状にご記入下さい。

委任状	
	私は会社を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します
	本人　住　所 氏　名
	代理人会社　事業所住所 事業所名称 氏　名

※ 被保険者が死亡したための請求の場合は、請求者の支払い口座をご記入下さい。
（請求者以外の口座へ振込を希望される場合は別紙委任状が必要です）

銀　行 / 信用金庫　　支　店 / 出張所　　普通 / 当座　　口座名義(カタカナ)

請求者は支払口座をご記入下さい

事業主が証明する欄						
	死亡した者の氏名	健保　太郎	死亡した者	被保険者 / 被扶養者	死亡した日	令　○年　○月　○日死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　○年　○月　○日 事業主　住　所　○○○○○2-2-2 事業所名称・氏名　○○　○○○ 電話番号　○○-○○○○-○○○○					

キユーピー・アヲハタ健康保険組合