

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			被保険者(請求者)の 氏 名	フリガナ ケンポ タロウ		
	記 号	〇〇	番 号		〇〇〇〇	健保 太郎	
	被保険者(請求者)の 現 住 所			〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇〇1-1-1	電話 〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
	事 業 所 の 名 称			〇〇〇株式会社			
	死 亡 し た 年 月 日			令 〇 年 〇 月 〇 日	死亡原因	心筋梗塞	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	健保 花子	生年月日	昭・平・令 〇〇年 〇月 〇日
	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		被保険者と 請求者との 身分関係	続柄 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。

※ 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	
	住 所	〇〇〇〇〇〇1-1-1
	本 人 氏 名	健保 太郎
	代理人 会社	事業所住所 事業所名称 氏 名

在籍者は本人欄にご記入ください

※ 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	支 店	普 通	口 座 番 号
信用金庫	出張所	当 座	口 座 名 義 (カガ)

事 業 主 が 証 明 す る 欄	死亡した者の氏名	健保 花子	死亡した者	被保険者 被扶養者	死亡した日	令 〇 年 〇 月 〇 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	令 和	〇 年	〇 月	〇 日		
	事 業 主	住 所	〇〇〇〇〇〇2-2-2			
	事 業 所 名 称 ・ 氏 名	〇〇 〇〇〇				
	電 話 番 号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				