

支給決定伺				支給決定金額	円
常務理事	事務長		係		
				資格取得日	年 月 日
				資格喪失日	年 月 日

## 健康保険 埋葬料(費)請求書

被保険者 記号一番号	—		請求者の 氏名											
請求者の 住所	〒 —		TEL ( )											
被保険者の 勤務先	事業所名称		所在地											
死亡年月日	令和	年	月	日	死亡の原因									
被保険者が 死亡の場合	被保険者の氏名			請求者の被保険者との続柄										
被扶養者が 死亡の場合	被扶養者の氏名			被保険者との続柄										
支払希望口座	銀行名	支店名	種別	口座番号										
			普 当	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
受領委任する場合	委任者	氏名												
	受領者	住所												
		氏名												

事業主証明欄		
死亡した者の氏名	資格区分	死亡年月日
	被保険者・被扶養者	令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: center;">           事業主所在地            事業所名称            事業主氏名         </div>		

【添付書類】①死亡診断書(写) または埋火葬許可証(写) ※事業主の証明がある場合は省略可  
 ②死亡した被保険者と生計維持関係がない者が請求する場合は葬儀費用の領収証原本  
 (この場合は埋葬費として埋葬料の範囲内で支給されます)