

支給決定	理事長		常務理事		係		係		月 日
	死亡年月日	H・R	年	月	日	支給金額			
	資格関係	S・H・R	年	月	日	取得喪失	備考		

被保険者
被扶養者

埋葬料（費）請求書

被保険者等 記号番号	—	事業所名	
被保険者名			
死亡した者の 氏名		被保険者との続柄	
		死亡した者の 生年月日	S・H・R 年 月 日
死亡の年月日	R 年 月 日	埋葬した日	R 年 月 日
死亡の原因		埋葬に要した費用	金 円 (別紙証憑書のとおり)
第三者の行為に因って死亡した場合にはその事実並に第三者の住所及び氏名 (住所氏名が不詳であるときはその旨)			
上記によって請求します 年 月 日 請求者と死亡した被保険者の続柄 請求者の住所 石原産業健康保険組合理事長 殿 氏名及び印			

死亡に関する 事業主の証明	上記の者は R 年 月 日 死亡したことを証明します。	左記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 印
被扶養者に 関する事業主 の証明	は被保険者の 被扶養者であったことを証明します。	

委任状	
上記、被保険者・被扶養者の埋葬料（費）の受領を	事業主に委任します。
年 月 日	請求者氏名 印

給付を事業主委任とせず、公金口座受取を希望される方は委任状は記載せず、「保険給付について
公金受取口座を利用することの届出」をあわせてご提出ください。