

〈被保険者が死亡したとき〉

月 日 支給決定	埋葬料（費） 家族埋葬料	円	常務理事	事務長		担当者

~~埋葬料(費)~~
~~家族埋葬料~~ 請 求 書

請求者が記入するところ	被保険者証 記号・番号	1001 777555	標準報酬 月 額	530,000円	事業所 の 名 称	クラシエ〇〇(株)
	亡くなった方の氏名			生 年 月 日		家族埋葬料の場合 被保険者との続柄
	都 島 健 夫			大 昭 平	30年 4月 4日生	
	死 亡 の 原 因	急性心不全		死 亡 年 月 日	平成28年 2月 1日	
	埋葬を行った日	平成28年 2月 3日		埋葬費請求の場合は 埋 葬 に 要 し た 費 用 の 額	円	
払 渡 希 望 の 銀 行 (退職者・埋葬費の場合)	東洋銀行 高倉支店		普通 当座	第 98654号	名義人	ふりがな みやこじま やすこ 都島 康子

上記による ~~埋葬料(費)~~
~~家族埋葬料~~ を請求します

平成 28 年 2 月 12 日

クラシエ健康保険組合 御中

(埋葬料(費)の請求の場合) 妻
死亡被保険者との続柄

〒 606-0060
請求者 住 所 京都市左京区嵐山1-3
氏 名 都 島 康 子 (印)
電話番号 075 (451) 1123

- ◎ 埋葬料(費)又は家族埋葬料請求の別により夫々不要の欄を抹消すること。
- ◎ 死亡の原因が第三者の行為によるときはその顛末書を添付すること。
- ◎ 埋葬費請求の際はその証憑書類を添付すること。

〈被扶養者が死亡したとき〉

月 日 支給決定	埋葬料（費） 家族埋葬料	円	常務理事	事務長		担当者

~~埋葬料(費)~~
家族埋葬料 請 求 書

請求者が記入するところ	被保険者証 記号・番号	1001 777555	標準報酬 月 額	500,000円	事業所 の 名 称	クラシエ〇〇(株)
	亡くなった方の氏名			生 年 月 日		家族埋葬料の場合 被保険者との続柄
	都 島 一 郎			大 昭 平	5年 4月 3日生	父
	死 亡 の 原 因	老 衰		死 亡 年 月 日	平成28年 3月 4日	
	埋葬を行った日	平成28年 3月 6日		埋葬費請求の場合は 埋 葬 に 要 し た 費 用 の 額	円	
	払 渡 希 望 の 銀 行 (退職者・埋葬費の場合)	銀 行	支 店	普通 当 座	第 号	名 義 人

上記による ~~埋葬料(費)~~ を請求します
家族埋葬料

平成 28 年 3 月 12 日

クラシエ健康保険組合 御中

(埋葬料(費)の請求の場合)
死亡被保険者との続柄

〒 606-0060
請求者 住 所 京都市左京区嵐山5-3
氏 名 都 島 健 三 (印)
電話番号 075 (451) 1123

- ◎ 埋葬料(費)又は家族埋葬料請求の別により夫々不要の欄を抹消すること。
- ◎ 死亡の原因が第三者の行為によるときはその顛末書を添付すること。
- ◎ 埋葬費請求の際はその証憑書類を添付すること。