

受付年月日	年 月 日
伺 年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日

支 給 額		円
支給内訳	埋 葬 料	円
	埋 葬 料 付 加 金	円
	埋 葬 費	円
	埋 葬 料 付 加 金	円

支 給 支 払 決 議 書			
常務理事	事務長	担当者	担当者
資 格 取 得		年 月 日	
資 格 喪 失		年 月 日	
支 払 年 月 日		年 月 日	

被保険者
家 族

埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

被保険者証 の記号・番号	第 号	事業所の名称		
死亡した 年 月 日	年 月 日	死亡原因		
被保険者が 死亡した場合	被保険者以外の者が請求 するときはその者の氏名		埋葬した 年 月 日	年 月 日
	死亡した被保険者と 請求者との続柄	標準報酬 月 額	円	埋葬に要 した費用
		第 級		証拠書添付
被扶養者が 死亡した場合	死亡者 氏 名	生年 月 日	年 月 日	被保険者 との続柄
高齢者医療確保法の医療 を受けていたとき	市 町 村 番 号	受 給 者 番 号	発 行 機 関 名	
死亡が第三 者の行為に よる場合	氏 名	住 所		
	(不詳であるときはその旨)			
	事故の状況			

払渡希望の銀行	トマト銀行	支店	普通 当座
上記のとおり請求します。 年 月 日			
		住所 フリガナ 氏 名	印
トマト銀行健康保険組合理事長 殿			

委任状	私は 年 月 日 請求した 被保険者 埋葬料(費) 被保険者 埋葬料(費)付加金 のうち金 円也の受領に関すること。 年 月 日			
	被保険者の 氏 名		住所 氏 名	印
	代理人の 氏 名		住所 氏 名	印

払 渡 希 望 の 銀 行	銀行	支店	普通 当座
---------------	----	----	----------

事業主の証明	死 亡 し た 者 の 氏 名		被保険者 被扶養者	の別	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住所 事業主 氏 名 印				