

支給決定 伺	常務理事		事務長		係		受付日付印
	死亡年月日	年 月 日			支給金額	円	
	資格関係	年 月 日 取得			備考		
		年 月 日 喪失					
標準報酬	級	月	額	円			

見本

被保険者
家 族 埋葬料(費) 請求書

葬儀代で一番多く支払った金額を記入してください。(合算でも可)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号及び番号	11-12345	標準報酬等級	21級	事業所の名称	TOYO TIRE(株)本店
	死亡した被保険者の氏名	健保太郎		死亡した被保険者の生年月日	1973年8月17日生	
	被扶養者が死亡の時はその者の氏名			死亡した被扶養者の生年月日	年 月 日生	被保険者との続柄
	死亡の年月日	2019年4月10日		死亡の原因	多発性骨髄腫	
	埋葬を行った年月日	2019年4月13日		埋葬に要した費用	金 2,100,000円	
	被保険者が死亡した為の請求の場合は、その方の氏名	健保花子		請求者と被保険者の続柄	妻	
	請求者が被保険者以外の時の振込先	〇〇銀行 〇〇支店		口座番号	0123456	
	死亡が第三者による場合、その事情と第三者の氏名・住所(不祥の場合、その旨を記入)					
	上記によって請求します。	2019年5月1日		被保険者(請求者)の住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇	
	従業員NO. 〇〇〇〇			TEL (000)0000-0000	氏名 健保 花子	
TOYO TIRE健康保険組合 殿						

・請求者が被保険者でない場合は、必ず振込先の金融機関を記入して下さい。

事業主証明	死亡に関する事業主の証明	上記の者 年 月 日 死亡したことを証明します	事業主の住所名称氏名	印
	被扶養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		
上記の埋葬料(費)の受領を 〇〇 〇〇 に委任します。		
2019年5月1日	被保険者(請求者)氏名	健保 花子

被保険者が亡くなった時は、請求者の名前を記入して下さい