

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日

支給額		円
支給 内 訳	埋葬料	円
	埋葬料附加金	円
	埋葬費	円
	埋葬費附加金	円

支給支払決議書			
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 埋葬料(費)・埋葬料(費)附加金請求書  
家 族

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	
被保険者が死亡の場合	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 第 級
被扶養者が死亡の場合	死亡者氏名	生年月日	年 月 日
老人保健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		
振込先	銀行 支店 口座 名義		
上記のとおり請求します。 年 月 日 者の住所氏名 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)附加金のうち金 円也の受領に関すること。		
	被保険者の住所氏名		
	代理人の住所氏名		
振込先	銀行 支店 口座 名義		

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所氏名		
-----	---------------------------------------------------------------	--	--

事業主の証明	死亡した者の氏名	被保険者の別被扶養者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 住所氏名		