

同 年 月 日 令和 年 月 日			
支払決定書 支給額	法定	円	
	付加	円	
標準報酬月額		千円	

常務理事	事務長		係	扶養確認
資格	取得	年 月 日		
	喪失	年 月 日		

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)埋葬付加金請求書

請求者記入欄	被保険者の事業所名(営業所名)				
	被保険者	記号		請求者の氏名	
		番号			
	請求者の現住所				
	死亡した年月日		令和 年 月 日	死亡の原因	
	被保険者が死亡したとき記入				
	被保険者氏名		死亡した被保険者と請求者の身分関係		
	請求者の住所連絡先	住所 連絡先			
	請求者の振込先	銀行	支店	フリガナ	
		普通 口座番号		名義人	
被扶養者(家族)が死亡したとき記入					
氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄

事業主記入欄	死亡した者の氏名		死亡した者は	被保険者 ・ 被扶養者(家族)	
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日 事業主 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号				

※上記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。