

本人（被保険者）の場合

被保険者

埋葬料（費）請求書

家族

家族（被扶養者）の場合

被 保 險 者 の 記 入 す る と こ ろ	被保険者名	日新 健太郎		事業所の名称	日新電機株式会社		
	被保険者証の記号番号	記号	番号	課別	●△課 係掛 課 掛		
	死亡した年月日	元号●●年2月15日 死亡					
	死亡した原因	●●●●●●					
	被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	氏名	日新 花子		死亡した被保険者との続柄	妻	
		被保険者の最後の標準報酬月額	千円	埋葬した年月日	年	月	日
				埋葬に要した費用	¥	-	
被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	氏名			被保険者との続柄			
	生年月日						
備考							

注：埋葬許可書（写）又は死亡診断書（写）添付のこと

事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	死亡した者の氏名			被保険者であることの有無	有	無
	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	所在地	_____	
				事業主 名称	_____	
				氏名	_____ (印)	

上記のとおり埋葬料を請求します。

なお私の受ける上記給付金の受領方を日新電機株式会社社長 ○○ ○○ に委任します。

元号●●年 月 日

請求者

住所 京都市右京区梅津●△町C-1

氏名 日新 花子 印

日新電機健康保険組合理事長殿

支給決定および支払決議書

常務理事	事務長	係	支給年月日	法定給付額	備考
			年 月 日	円	