被保険者
家　　族

埋葬料（費）請求書

被保険者の記入するところ	被保険者氏名			事業所の名称	
	従業員番号			所　　属	
	死亡した年月日	年　　月　　日　死亡			
	死亡した原因				
	被保険者が死亡したための請求（本人の死亡）	請求者の氏名		死亡した被保険者との続柄	
		埋葬した年月日	年　　月　　日		
		埋葬に要した費用	※被扶養者以外の方が請求する場合のみ記入 円　（領収書原本を添付）		
	被扶養者が死亡したための請求（ご家族の死亡）	亡くなったご家族の氏名		被保険者との続柄	
		生年月日	年　　月　　日生		
	※本人死亡の場合のみ	口座名義人氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)	銀行名	支店（店番号）	種別	口座番号
	振込先			（　　）	普通	

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 事業主　所在地 名　称 氏　名　　㊞			

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 事業所名＿＿＿＿＿＿社長＿＿＿＿＿＿に委任します。

年　　月　　日

請求者　住所

氏名　　㊞

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	