

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			
	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	記 号	番 号	課 別	課	係 掛	
	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 で あ る と き は そ の 者 の	氏 名			死亡した被保険者との続柄		
		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
	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	年 月 日 生				
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。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

住所 \_\_\_\_\_  
請求者 氏名 \_\_\_\_\_ (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	