

支給決定伺

常務理事	事務長	課長	担当	支給決定日	
				支給決定額	金

## 記入例

2枚目のみを印刷して  
各事業所(会社)の申請窓口へ提出してください

被保険者 **家族** 埋葬料(費)請求書

本請求は事業主経由であることに同意した上で請求します。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	98	765	請求者の氏名	健保 令子		
	事業所名称	(株)◆◆◆◆◆		資格取得日	昭和 平成 令和	資格喪失日	平成 令和
	請求者の住所電話番号	〒650-0000 神戸市〇〇区△△町8丁目9-1			TEL 090-1234-5678		
	死亡年月日	令和 元年	5月 25日	死亡原因	心不全	第三者行為である	はい・いいえ
	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		※埋葬年月日	令和 年 月 日	被保険者の標準報酬月額	千円
		※埋葬に要した費用	金	円	被保険者と請求者の身分関係		
	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	健保 太郎		生年月日	Ⓢ HR 20年 12月 1日	被保険者との続柄
		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
	資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の	記号番号			保険者名 (健保組合名・国保名)		
		保険者電話番号			保険者 所在地		
振込先	銀行名	△△銀行		普通口座番号	9999999		
	支店名	〇〇支店		口座名義 (カタカナ)	ケンボ レイコ		

※埋葬年月日・埋葬に要した費用：被扶養者以外のものが請求するときは必ず記載。

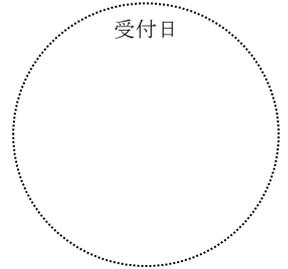
事業主が証明する欄	死亡したものの氏名		死亡したものの備考	被保険者 ・ 被扶養者		
	死亡年月日	令和 年 月 日	備考			
	上記のとおり相違ないことを証明する。			令和 年 月 日		
	住所 〒	事業主の証明をもらってください				

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。					
	被保険者 住所 (請求者) 氏名			令和 年 月 日		
	代理人の住所	〒				
	代理人の氏名					
	振込先	銀行名		普通口座番号		
支店名			口座名義 (カタカナ)			

支給決定伺

受付日

常務理事	事務長	課長	担当	支給 決定日	年 月 日
				支給 決定額	金 円



被保険者  
家族

埋葬料(費)請求書

本請求は事業主経由であることに同意した上で請求します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号		請求者の氏名				
	事業所名称		資格 取得日	昭和 平成 令和 年 月 日	資格 喪失日	平成 令和 年 月 日	
	請求者の住所 電話番号	〒 TEL					
	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡 原因		第三者行為 である	はい・いいえ	
	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		※埋葬 年月日	令和 年 月 日	被保険者 の標準 報酬月額	千円
		※埋葬 に要した 費用	金 円	被保険者と請求者の 身分関係			
	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		生 年 日 月	S HR 年 月 日	被保険者 との続柄	
	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	
	資格喪失後、 家族の被扶 養者となっ たときは、 その被保 険者証の	記号番号		保険者名 (健保組合名・国保名)			
		保 険 者 電 話 番 号		保 険 者 所 在 地			
振 込 先	銀行名		普 通 口 座 番 号				
	支店名		口座名義 (カタカナ)				

※埋葬年月日・埋葬に要した費用：被扶養者以外のものが請求するときは必ず記載。

事 業 主 が 証 明 す る 欄	死亡したも の 氏 名		死亡した も の	被保険者 ・ 被扶養者		
	死亡年月日	令和 年 月 日	備 考	令和 年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明する。				令和 年 月 日	
	住所 〒					
	事業主 名称					
	氏名					

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。					
	被保険者 住所 (請求者) 氏名			令和 年 月 日		
	代理人の住所	〒				
	代理人の氏名					
	振 込 先	銀行名		普 通 口 座 番 号		
支店名			口座名義 (カタカナ)			