

支給決議	同年月日		取得年月日		常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額			喪失年月日					
				死亡年月日					

事業所コード	事業所名	被保険者 家 族	埋葬料(費)請求書	事業所	所属長	担当者

被保険者情報	記号・番号	資格取得日	喪失年月日
	16 01 - 123456	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
適用事業所	山崎製パン株式会社		

請求者記入欄	請求者 氏名	フリガナ ケンコウ ハナコ 健康 花子	請求者 連絡先	☎ 090 - 0000 - 0000
	請求者 住所	〒 000 - 0000 東京都〇×区 1-2-3		
	死亡年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	第三者の行為によるものですか	はい・いいえ →「第三者の行為による傷病届」が必要
	死亡の原因	くも膜下出血		
	被保険者が亡くなったとき	フリガナ ケンコウ タロウ 被保険者 氏名 健康 太郎	生年月日 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成	請求者との関係 (続柄) 妻
	被扶養者が亡くなったとき	フリガナ 被扶養者 氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	コード (続柄)
埋葬費を請求する場合	埋葬に要した費用	→ 埋葬費を請求する場合は、埋葬に要した費用の領収書が必要 円		

事業主証明欄	フリガナ	死亡年月日	令和 年 月 日
	死亡した者の氏名		
	死亡した者の被保険者・被扶養者の区分	1. 被保険者 2. 被扶養者	
上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 名称 事業所長名			
記入不要			

委任状	本申請に基づく在籍期間中の埋葬料の受領は代理人(事業主)に委任します。(在籍者の振込先は給与口座となります。)	委任受領者	所在地 事業所 名称 事業所長名
	令和 年 月 日 被保険者 氏名		記入不要

喪失(退職)者、任意継続被保険者、被保険者死亡時の請求者は直接振り込みとなりますので、振込先口座を記入してください。 但し、事業所を通しての支払い希望の場合は記入不要です(給与口座へ振り込み)口座は請求者名義のみとなります。									
振込先	〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇		銀行 支店		支 払	決 議	受 付		
	普通預金	口座番号	No.	1 2 3 4 5 6 7					
	名義人(カタカナ) ケンコウ ハナコ								