

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 -				昭和・平成・令和 年 月 日				令和 年 月 日			
	適用事業所											

請求者記入欄	請求者 氏名		フリガナ		請求者 連絡先		☎ - -		
	請求者 住所		〒 -						
	死亡年月日		令和 年 月 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								
	被保険者が亡くなったとき		フリガナ		生年月日		請求者との関係		
			被保険者 氏名		昭和 平成 年 月 日		(続柄)		
	被扶養者が亡くなったとき		フリガナ		生年月日		コード 続柄		
		被扶養者 氏名		昭和 平成 令和 年 月 日		(続柄)			
埋葬費を請求する場合		埋葬に要した費用		円		➡ 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			

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 所在地 事業所 名称 事業所長名							

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							

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	銀行		支店		支 払		決 議		受 付	
	普通預金		口座番号		No.					
	名義人(カタカナ)									