

受 付 年 月 日		年 月 日		支 給 支 払 決 議 書		
伺 年 月 日						
支 給 額						
支 給 内 訳	埋 葬 料	健康保険組合 記入欄				
	埋葬料付加金				年 月 日	
	埋 葬 費				年 月 日	
	埋葬費付加金				円 年 月 日	
		支 払 年 月 日		年 月 日		

被保険者・家族 埋葬料（費）・埋葬料（費）付加金請求書

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者の勤務していた、 または勤務している事業所の	名 称		
	保険証をご確認下さい			所 在 地	〒	
死亡した年月日	○年 ○月 ○日		死 亡 原 因	急性心不全		
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	中村 太朗	埋葬した年月日	○年○月 ○日	埋葬に要した費用	金 円
	被保険者の（最後） の標準報酬月額		千 円		死亡した被保険者と 請求者との身分関係	妻
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		生年月日	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	
備 考						
振込希望金融機関	銀行・信用金庫・信用協同組合・農協・漁協・生協・消費生活協同組合・労働金庫・協同組合			ナ		
				支店・本店		
上記のとおり請求します。 年 月 日 必ず記入して下さい。 中村屋健康保険組合理事長 殿						

注）赤枠内を記入して下さい。

領 収 書	金 円也但し
	うえの金額を領収いたしました。
	年 月 日
	中村屋健康保険組合理事長 殿
	受領者 住 所 〒
	氏 名 ㊟

事 業 主 の 証 明	死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 住 所 〒 氏 名 ㊟			
	受付日付印			

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)																				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(添付書類) この請求書には死亡に関する証明書類

【市町村長の埋葬・火葬許可証の写し、死亡診断書(原本)などのいずれか】を添えてご提出下さい。