

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		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	株式会社 中村屋		
	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				
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		
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	中村 花子	生年月日	年 月 日	被保険者との続柄		妻
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・金庫・農 林中央金庫	請求者の振込先			フリガナ		
					口座名義		

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。				受付日付印
	年 月 日	事業主 住 所 〒 氏 名 ㊞			

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。