

伺年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	扱者	
支払年月日	令和	年	月	日					
支払金額									
内 訳	法定				資格	得	年	月	日
	附加					喪	年	月	日
決定標準報酬月額					死亡した日	令和	年	月	日

被保険者 埋葬料(費) 請求書
健康保険 **家族** 埋葬料(費)付加金

被保険者が記入するところ	被保険者証記号番号	○○○ ○○○○	請求者氏名	健保 太郎	
	請求者の住所	○○県○○市○○町1-1			
	被保険者の勤務する事業所	名称	○○○○株式会社		
		所在地	○○県○○市○○町1		
	死亡年月日	令和 ○年 ○○月 ○○日	死亡原因	膵臓がん	
	被保険者死亡のための請求	氏名		埋葬年月日	令和 年 月 日
		最終標準報酬月額	円	請求者との身分関係	
被扶養者死亡のための請求	氏名	健保 愛子	生年月日	○○年 5月 1日 続柄 妻	

事業主の証明	死亡した者の氏名	被保険者・被保険者でない		
	死亡年月日	令和	年	月 日 死亡
	上のおとり相違ないことを証明します。			
	令和 年 月 日			
	所在地	事業主 名称 氏名		

受付日付印

振込先	金融機関コード	○○○○	○○	銀行・信用金庫
	支店コード	○○○	○○	支店
	普通・当座 No.	○○○○○○○○		
	名義(カタカナ)	ケンポ タロウ		