

同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱者
支払年月日	平成 年 月 日				
支払金額					
内 訳	法定				資格 得 年 月 日
	付加				資格 喪 年 月 日
決定標準報酬月額		死亡した日	平成 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	000 0000	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	平成 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	平成 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	平成 年 月 日 死亡				
	上のとおり相違ないことを証明します。					平成 年 月 日
	所在地 事業主 名称 氏名					

振 込 先	金融機関コード	0000	(銀行) 信用金庫			
	支店コード	000	支店			
	普通・当座	00000000				
	名義(かかけ)	ケンポ タロウ				

受付日付印