

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				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		請求者氏名		印
	請求者の住所				
	被保険者の勤務 する事業所	名称			
		所在地			
	死亡年月日	平成 年 月 日	死亡原因		
	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		生年月日	年 月 日 続柄	

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		銀行・信用金庫
	支店コード		支店
	普通・当座	No.	
	名義(カタカナ)		

受付日付印