



支給額	円
-----	---

埋葬料	円
埋葬料 附加金	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支給年月日	年	月	日

被保険者 埋葬料(費) 請求書		事業所C	事務担当
大日本印刷健康保険組合御中			
社員番号			
住所			
請求者			
下記の通り請求いたします			
氏名			(印)
被保険者証	記号 番号	被保険者 氏名	
死亡の原因		死亡の 年月日	年 月 日
死亡した被保険者 との請求者との続柄			
請求者が被扶養者 以外の者である時 は埋葬した年月日	年 月 日	埋葬に 要した費用	円
第三者行為による死亡 の時はその事実及び 第三者の住所氏名電話番号			

委任状	私は事業主を代理人と定めこの埋葬料・埋葬料附加金の受領を委任します。
	年 月 日 請求者氏名 (印)
	代理人職氏名 (印)

領収書	金 円也 領収いたしました。
	年 月 日 代理人職氏名 (印)

年 月 日 提出

【注意】

1. 被保険者本人が死亡したときに提出して下さい。
2. 被保険者証を添付して下さい。
3. 区市町村長の埋葬許可証か死亡診断書(死体検案書検視調書) 又はその写を添付して下さい。
4. 被扶養者以外の者が埋葬した時は、埋葬に要した費用の領収書と品目、数量金額等が明記されている明細書を添付して下さい。

入力番号		点検者	
------	--	-----	--