



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	

必ず記入捺印
して下さい

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 123456

埋葬料を請求する方の氏名を記入します。
亡くなられた方の名前ではありません。

住所 東京都中央区月島 5-9-5

下記の通り請求いたします

請求者

氏名 健保 花子



必ず捺印して下さい。

被保険者証	記号	XX	被保険者氏名	健保 太郎
	番号	9999		
死亡の原因	肝不全		死亡の日	XX年 5月 12日
死亡した被保険者との請求者との続柄	妻			
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	600,000 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				

捺印を忘れずに

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。		
	XX年 5月 30日	請求者氏名	健保 花子
		代理人職氏名	株式会社 DNP XXXXX 総務部長 川田 三郎

請求者印

事業主印

領収書	金 円也 領収いたしました。		
	年 月 日	代理人職氏名	株式会社 DNP XXXXX 総務部長 川田 三郎

XX年 5月 30日 提出

【注意】

- 被保険者本人が死亡したときに提出して下さい。
- 被保険者証を添付して下さい。
- 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。
- 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