



支給額	円
-----	---

支給内訳	家族埋葬料	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	日	日

必ず記入捺印
して下さい

家族埋葬料請求書			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	
健康保険証をみてご記入ください		住所	東京都新宿区矢来町5-6-3	
下記の通り請求いたします		被保険者	氏名 健保 太郎 (印)	
被保険者証	記号 番号	XX 9999	所属	会社名 DNP XXXX 第2工場 部 XXXXX 課
死亡した被扶養者の氏名	健保 クメ		死亡した被扶養者の生年月日	XX年 6月 15日
死亡年月日	XX年 5月 12日		被保険者との続柄	母
死亡の原因	老衰			
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家族埋葬料・家族埋葬料附加金の受領を委任します。 XX年 6月 8日 被保険者氏名 健保 太郎 (印) 株式会社 DNP XXXXX 代理人職氏名 総務部長 川田 三郎 (印)
-----	--

領収書	金 円也 領収いたしました。 事業主の捺印をもらって下さい 年 月 日 株式会社 DNP XXXXX 総務部長 川田 三郎 (印)
-----	--

XX年 6月 8日 提出

入力番号	点検者
------	-----

【注意】

- 被扶養者が死亡したときに提出して下さい。
- 区市町村長の埋葬許可証が死亡診断書(死体検案書、検視調書) 又はその写を添付して下さい。

必ず捺印して下さい。