

支給決定伺					支給決定 平成 年 月 日
法定給付	円	常務理事	事務長		担当
摘要					

被保険者
家族

埋葬料(費) 請求書

◎請求上の注意
一、この様式は、被保険者又は家族が、死亡した場合に、埋葬料(費)の請求をするものです。
二、この請求をするときは、この様式に記入の上会社の証明を受けて、組合に提出して下さい。
三、この申請が被保険者である場合は、請求書の表題の「被保険者」を○で囲み、被扶養者である場合は、「家族」を○で囲んで下さい。

被保険者証の記号と番号		事業所の名称・所在地	
資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日	死亡年月日	平成 年 月 日
資格喪失年月日	昭和 平成 年 月 日	埋葬年月日	平成 年 月 日
標準報酬月額	円	埋葬に要した費用	円
死亡した原因			
死亡した者の氏名・生年月日		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 続柄
死亡原因が第三者の行為の場合はその事実並びに住所氏名			
死亡に関する事業主の証明	上記の通り相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業所所在地 〒 - 事業所名称 事業主氏名		

(振込銀行) 銀行 支店

普通・当座 口座番号 口座名義人

平成 年 月 日

日本事務器健康保険組合 理事長殿

受付日付印

住所 〒 -

氏名

印