

伺年月日	年 月 日						
支払年月日	年 月 日		理事長	常務理事	事務長	担当者	担当者
支給 決議 書	支給額	円					
	法定給付	円					
	付加給付	円					
	死亡日	年 月 日		資格取得	年 月 日		
	決定標準報酬月額	千円		資格喪失	年 月 日		

**被保険者**  
**健康保険 埋葬料・埋葬料付加金 請求書**  
**被扶養者**

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号			請求者の 氏名				
	請求者の 現住所							
	被保険者の勤務し ていたまたは勤務 する事業所の	名称						
		所在地						
	死亡した年月日	年 月 日						
	死亡した原因							
	被保険者が死亡 した場合	死亡した 者の氏名				埋葬年月日	年 月 日	
						埋葬費用	金 円	
		被保険者の最後の標準報酬月額				千円		
	死亡した者と請求者の身分関係							
被扶養者が死亡 した場合	死亡した 者の氏名				生年月日			
					被保険者との続柄			
備考								

死亡診断書（写）又は埋葬許可証（写）添付

年 月 日提出

事 業 主 証 明	死亡した 者の氏名			死亡した 年月日		
	死亡した者は被保険者（本人）ですか			はい・いいえ		
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
住所						
事業主						
名称						

受付日受付印