

支給決定伺			支給決定額	¥	資格取得日	年 月 日
常務理事	事務長	担当	埋葬料	¥	資格喪失日	年 月 日
<b>被扶養者が亡くなった場合の《記入例》</b>						等級)
日	日	日	日	日	日	日

いずれかを選択してください

被保険者  家族 **埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書**

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	46	社員番号	〇〇	事業所の名称	日本新薬株式会社	
	死亡した年月日	令和 1 年 5 月 10 日	死亡原因	〇〇	第三者行為によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	被扶養者が死亡したための請求の場合	被扶養者氏名	新薬 一郎	生年月日	昭和 # 年 9 月 8 日	被保険者との続柄	父
	被保険者が死亡したための請求の場合	被保険者氏名		被保険者と請求者との身分関係		被保険者の標準報酬月額	千円
		埋葬した年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用の額			円
	老人保健法の医療を受けていたとき	区市町村番号		受給者番号		発行機関名	
	介護保健法のサービスを受けていたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者名称	
	上記のとおり請求致します。						
	令和 2 年 5 月 25 日						
	〒 〇〇 - 〇〇 住所 京都市〇〇〇 被保険者(請求者) 氏名 新薬 太郎 ④ 日本新薬健康保険組合理事長 殿 (自署の場合は押印不要)						

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	年 月 日死亡
	上記のとおり相違ないことを証明致します。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ④					

記入不要

支払金融機関の欄	金融機関名	フリガナ	銀行・信用組合 信用金庫・農協	フリガナ	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義(カタカナ)	

委任欄	本請求に基づく給付金の受領を _____ に委任致します。 年 月 日 被保険者氏名 ④	受付印
-----	--	-----

支給決定伺			支給決定額	¥	資格取得日	年	月	日
常務理事	事務長	担当			資格喪失日	年	月	日
			埋葬料	¥				
<b>被保険者が亡くなった場合の《記入例》</b>								等級)
日	年	月	日	埋葬料付加金	千	円	分	日

いずれかを選択してください

被保険者  
 家族

## 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	46	社員番号	〇〇	事業所の名称	日本新薬株式会社			
	死亡した年月日	令和 1 年 5 月 10 日	死亡原因	〇〇	第三者行為によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい		
	被扶養者が死亡したための請求の場合	被扶養者氏名		生年月日	年 月 日	被保険者との続柄			
	被保険者が死亡したための請求の場合	被保険者氏名	新薬 太郎	被保険者と請求者との身 分 関 係	妻	被保険者の標準報酬月額	千円		
		埋葬した年月日	年 月 日	埋葬に要した費用の額	円				
	老人保健法の医療を受けていたとき	区市町村番号		受給者番号	発行機関名				
	介護保健法のサービスを受けていたとき	保険者番号		被保険者番号	保険者名称				
<p>上記のとおり請求致します。</p> <p style="text-align: center;">令和 2 年 5 月 25 日</p> <p style="text-align: center;">〒 〇〇 - 〇〇</p> <p style="text-align: center;">住所 京都市〇〇〇</p> <p style="text-align: center;">被保険者 (請求者) 氏名 新薬 花子 印</p> <p style="text-align: center;">日本新薬健康保険組合理事長 殿 (自署の場合は押印不要)</p>									

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	年 月 日	死亡
	<p>上記のとおり相違ないことを証明致します。</p> <p style="text-align: center;">年 月</p> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">記入不要</p> <p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">事業所名称 事業主氏名 印</p>						

支払金融機関の欄	金融機関名	フリガナ	キョウト	フリガナ	ウズマ	本店支店出張所
	請求者の口座	京都	銀行・信用組合 信用金庫・農協	太秦		
	預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義(カタカナ)	シヤク ハナ

委任欄	本請求に基づく給付金の受領を	に委任致します。				受付印
	年 月	記入不要				被保険者氏名 印

支給決定伺	支給	資格取得日	年	月	日			
常務理	<div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; text-align: center;"> <h2 style="color: blue; margin: 0;">被保険者が亡くなった場合の《記入例》</h2> <h3 style="color: blue; margin: 0;">単身者で家族以外の者が埋葬を行ったとき</h3> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">添付書類：埋葬に要した費用の領収書(品名、数量、単価及び金額が明記されたもの)</p> </div>				年	月	日	
					年	月	日	
					等級)	年	月	日
いずれかを選択してください	口	年	月	日	埋葬費付加金	年	月	日

被保険者  家族 **埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書** 社員番号

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	46	〇〇	事業所の名称	日本新薬株式会社		
	死亡した年月日	令和 1 年 5 月 10 日		死亡原因	〇〇		第三者行為によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	被扶養者が死亡したための請求の場合	被扶養者氏名		生年月日	年 月 日	被保険者との続柄	
	被保険者が死亡したための請求の場合	被保険者氏名	新薬 太郎		被保険者と請求者との身分関係	知人	
		埋葬した年月日	令和 1 年 5 月 12 日		埋葬に要した費用の額	250,000 円	
	老人保健法の医療を受けていたとき	区市町村番号		受給者番号		発行機関名	
	介護保健法のサービスを受けていたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者名称	
	上記のとおり請求致します。						
	令和 2 年 5 月 25 日 〒 〇〇 - 〇〇 住所 京都市〇〇〇 被保険者(請求者) 氏名 京 都 一 郎 (印) 日本新薬健康保険組合理事長 殿 (自署の場合は押印不要)						

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	年 月 日死亡
	上記のとおり相違ないことを証明致します。 年 月 <span style="background-color: pink; padding: 5px; font-weight: bold; color: red;">記入不要</span> <small>事業所名称 事業主氏名 (印)</small>				

支払金融機関の欄	金融機関名	フリガナ	キョウト	銀行・信用組合 信用金庫・農協	フリガナ	ウヰマサ	本店 支店 出張所
	請求者の口座	京都	口座番号	9 8 7 6 5 4 3	口座名義(カタカナ)	キョウト 伊咄	

委任欄	本請求に基づく給付金の受領を		に委任致します。		受 付 印
	年 月	記入不要		(印)	