

支給決定額	円
-------	---

常務理事	事務局長		係

令和 年 月 日 支給決定
令和 年 月 日 支給

被保険者
被扶養者
埋葬料（費）請求書

請求者が記入するところ	被保険者証等の 記号と番号		第 号	請求者の 氏名		
	請求者の現住所					
	事業所の名称					
	被保険者が死亡したときはその者の	氏名		被保険者の資格を 取得した年月日	年 月 日	
		死亡原因		被保険者の資格を 喪失した年月日	令和 年 月 日	
		死亡年月日	令和 年 月 日	標準報酬月額	千円	
		埋葬年月日	令和 年 月 日	死亡した被保険者 との続柄		
		埋葬の費用	円	生 年 月 日	年 月 日	
	被扶養者が死亡したときはその者の	氏名		死亡年月日	年 月 日	
		死亡原因		被保険者との続柄		
死亡の原因が第三者の 行為によるもの、または 業務上であるときは		第三者の行為による ちがう 業務上である ちがう		第三者の行為によるものであるときは負傷（死）届の提出の有無	有 無	
事業主の証明	死亡した者の氏名					
	死亡した年月日		令和 年 月 日 死亡			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 (所在地) 事業主 (名称および代表者氏名)					

法令出版健康保険組合理事長 殿

委任状	上記請求金額の受領を 請求者氏名	に委任いたします。
-----	-----------------------------	-----------

- 留意点
1. 死亡の原因が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による負傷（死）届」をそえて下さい。
 2. 埋葬費の場合は、埋葬にかかった費用の領収書をそえて下さい。
 3. 表中、該当する文字を○印で囲んで下さい。
 4. 訂正の個所には記入者の訂正印を押して下さい。