

※ 支給 支出 決議 書	伺年月日	平成 年 月 日	送金通知書番号	第 号	常理事務	
	決議	平成 年 月 日	埋葬料(費)支給額		事務長	
	生年月日	明大昭	法定			經理
	取得	年 月 日				
	喪失	年 月 日	附加			
	被扶養者照合	有 無	確認印	計		
	標準報酬月額	千円		該当条文	法第49条・法第56条・法第59条の3	係

被保険者 埋葬料
家族 埋葬費

埋葬料附加金請求書

(健則第59条 第60条)
健則第63条の5

請求 者が 記入 する ところ	① 被保険者証の 記号と番号	第 001 号	② 請求者の 氏名と印	鈴木 花子	③ 印	
	④ 請求者の 住所	静岡市清水区万世町1-2				
	⑤ 被保険者の勤務 していた、ま は勤務してい る事業所の	(ア) 名称	鈴与株式会社			
		(イ) 所在地	静岡市清水区入船町11-1			
	⑥ 死亡した 年月日	平成19年 9月 4日		⑦ 死亡した 原因	心不全	
	⑧ 被保険者が死 亡したための 請求であると きはその者の	(ア) 氏名	鈴木 太郎	(イ) 埋葬した 年月日	平成19年9月5日	(ウ) 埋葬に要 した費用
		(エ) 被保険者の(最後 の)標準報酬月額	220 円	(オ) 死亡した被保険者と 請求者との身分関係	妻	
	⑨ 被扶養者が死亡 したための請求 であるときは その者の	(ア) 氏名		(イ) 生年月日	昭和 年 月 日生	(ウ) 被保険者 との続柄
		備考				

平成 年 月 日提出

事業主が証明 するところ	⑪ 死亡した 者の氏名	⑫ 死亡した者は 被保険者ですか				被保険者・被保険者でない
	⑬ 死亡した年月日	平成 年 月 日 死亡				
	うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日					
	事業主	⑭ 住 所	⑮ 氏 名			⑯ 印
			電話 (局)	番		

委任 状	私は 年 月 日 に請求した埋葬料、(費)、家族 埋葬料、(費)及び同附加金、金 円也の受領方を委任します。平成 年 月 日					
	本人	住所	氏名	印		
	代理人	住所	氏名	印		

領収書	金 円也領収いたしました
	平成 年 月 日
	氏名 印

※ 受付日付印

受信第 号	備考
年 月 日	
鈴与健康保険組合	

(※裏面参照) 19.8. 100×10

← ※余白に振込先をご記入ください。