

支給決議書	決裁年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	担当者
	支給額	円				
	死亡日	令和 年 月 日				
	資格取得	昭・平・令 年 月 日				
	資格喪失	令和 年 月 日				
支払年月日	令和 年 月 日	被扶養者台帳照合者印				

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書
被扶養者

日本製紙健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

請求者が記入するところ	被保険者の記号・番号	一	請求者の氏名・印	印			
	請求者の現住所	〒			電話番号		
	被保険者の勤務する又はしていた事業所	名称					
		所在地					
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡した原因				
	被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	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	円		
被扶養者が死亡した為の請求である時はその者の	氏名		生年	昭和 平成 令和	続柄		
支払希望金融機関	◇「支払希望金融機関」は資格喪失後の申請(会社を退職あるいは任意継続を脱退して資格を喪失した方)のみ記入。						
	銀行	支店	普・当	口座番号	口座名義(カタカナ)		
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 令和 年 月 日						
	被保険者住所(申請者)氏名	印				委任者と代理人との関係	
	代理人所在地(事業主)名称	印					

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名		死亡した者は被保険者ですか	1. 被保険者 2. 被保険者でない		
	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する					
	事業主所在地	氏名				印
		氏名				
		電話				

(添付書類)

・家族埋葬料請求書の場合は、この請求書に死亡診断書、埋葬許可証、火葬許可証、死体検案書または検視調書などのうちいずれか一部の写しを添付してください。

(被保険者が死亡した場合の埋葬料請求書および埋葬費請求には不要)

受付印