

受付日	年	月	日	支給決定書			
支給決定日	年	月	日	理事長	常務理事	事務長	担当者
支給額		円					
支給内訳	埋葬料	円					
	埋葬料附加金	円					
	埋葬費	円					
	埋葬費附加金	円					
資格取得日		年 月 日					
資格喪失日		年 月 日					
支払年月日		年 月 日					

☐ 被保険者
☐ 被扶養者

埋葬料(費)・埋葬料(費)附加金請求書

科研製薬健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

〒 -

住所

請求者

氏名

印

被保険者証の 記号と番号	記号	番号	事業所の 名称				
死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡原因					
被保険者が 死亡の場合	被保険者以外の者が 請求する時はその氏名		埋葬した年月日		令和 年 月 日		
	死亡した被保険者と 請求者の続柄	標準報酬 月額	第 級 円	埋葬に要した 費用	円 ※ 証拠書類添付		
被扶養者が 死亡の場合	死亡者の氏名	生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄			
死亡が第三者の 行為による場合	その者の氏名		住所				
	事故の状況						

事業主の 証明	死亡した者の氏名	被保険者・被扶養者の別	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者
	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 名称・代表者氏名		

領収書	金 円也 但し、埋葬料(費)・埋葬料(費)附加金として
	上記の金額を領収いたしました
	科研製薬健康保険組合 理事長 殿
	令和 年 月 日 〒 - 住所 受領者 氏名

振込先	〔死亡した者が被保険者(本人)の場合のみ記入〕		
	金融機関名	支店名	☐ 普通 No. 名義 ☐ 当座