

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			資格取得日			年	月	日
	埋葬料附加金	円			資格喪失日			年	月	日
	埋葬費	円			支払年月日			年	月	日
	埋葬費附加金	円								

☒ 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 00 年 00 月 00 日

〒 000 - 0000

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号

請求者 〇〇〇〇マンション〇〇〇号室

氏名 健保 花子

健保

 印

被保険者証の 記号と番号	記号	00	番号	0000	事業所の 名称	科研製薬株式会社								
死亡した年月日	令和	00	年	00	月	00	日	死亡原因	心不全					
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				健保 花子		埋葬した年月日	令和	00	年	00	月	00	日
	死亡した被保険者と 請求者との続柄				妻	標準報酬 月額	第 00 級 000,000 円	埋葬に要した 費用	000,000 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 印						

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 印				

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	
	〇〇〇〇銀行	〇〇〇〇支店		☐ 当座 1234567	健保 花子