

受付日	年	月	日
支給決定日	年	月	日
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	

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者
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 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 太郎 (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				
被保険者が死亡した場合	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との続柄		標準報酬月額	第 級 円	埋葬に要した費用	円	
被扶養者が死亡した場合	死亡者の氏名	健保 よし子		生年月日	0000 年 00 月 00 日	被保険者との続柄	母
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

☐ 当座