

支払金額																円
支払内訳	埋葬料 (費)															
	付加金															
標準報酬月額		千円 (第 級)														

支給並に支払決議			
理事長	常務理事	事務長	係
資格	取得 喪失	年 月 日	年 月 日

家族 埋葬料・付加金 請求書

豊島健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日 請求

① 請求者名 住所 氏名 印 下記のとおり 金 円也 を請求します									
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 被保険者証 の記号・番号	記 号	番 号	③ 事業所の 名 称					
	④ 死亡した年月日	令和 年 月 日	⑤ 死亡の原因						
	⑥ 被扶養者が死亡した ための請求であるときは そ の 者 の	氏 名		生年 月 日		被保険者 との続柄			
	⑦ 死亡が第三者の行為に 因るものはその事情並び に第三者の住所氏名(氏 名又は住所不詳のときは その旨)	第三者行為 の事情							
事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	死亡した者の氏名			死亡した者は	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 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 印								
委 任 状	⑧ 表記請求金額の受領を 印 に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 印								
	⑨ 振込希望の銀行 (請求者名義)	銀行 支店 普通 当座							
領 収 証	⑩ 金 円也領収いたしました。 令和 年 月 日 豊島健康保険組合理事長 殿 請求者名 印								

添付書類 : 死亡診断書・埋葬許可証(規定用紙)のどちらか

受付日印	決定日印	支払済日印
------	------	-------