

支給決定決議書																
支給金額							資	得	年	月	日	常務理事	事務長	業務課長	担当者	被扶養者 確認印
内 訳	法定						格	喪	年	月	日					
	附加						死	亡	年	月	日					
標準報酬月額		千円				支給 予定日				備考						

被保険者
家族

埋葬料（費）請求書

請求者の記入するところ	① 被保険者証の記号番号	記番	② 請求者の氏名													
	③ 請求者の住所	〒														
	④ 被保険者が勤務する（していた）事業所の	(ア) 名称	電話													
		(イ) 所在地														
	⑤ 死亡の日	年	月	日	⑥ 死亡の原因（傷病名）											
	⑦ 被保険者死亡による請求であるとき	(ア) 被保険者氏名	(イ) 被保険者に対する請求者の続柄													
		(ウ) 埋葬した日	年	月	日	(エ) 埋葬に要した費用	円									
	⑧ 被扶養者死亡による請求であるとき	(ア) 被扶養者氏名	(イ) 生年月日	昭和	平成	令和	年	月	日	(ウ) 被保険者との続柄						
	⑨ 第三者の行為によるものですか	いいえ	死亡原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」をこの書類に添付してください。													
		はい														
⑩ 請求者名義の金融機関預金口座	(ア) 銀行名	銀行	支店	(イ) 種別	普通貯蓄	(ウ) 口座番号	(エ) 口座名義	(カタカナで記入)								

年 月 日 提出

事業主が証明するところ	⑪ 死亡した者の氏名											⑫ 死亡の日	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。														
	⑬ 事業所の所在地	名称	事業主の氏名	電話	局	番									

(千葉県食品製造健康保険組合)

支払済印

受付印

(注意事項)
一、死亡に関する事業主の証明が得られないときは、埋葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、または検視調書のいずれか一つを添付してください。
二、死亡した被保険者に被扶養者がなく、それ以外の人が埋葬を行ったときは、埋葬に要した費用の詳細な領収書を添付してください。