

(記入例)

生年月日	明・大 昭・平	理事長	常務理事	事務長	担当者	担当者	支給決議書			
資格取得日	昭・平						支給額	千	円	円
資格喪失日	平									
標準報酬月額	千円						死亡年月日	年	月	日

被保険者  
家族 埋葬 <sup>料</sup> 請求書  
費

請求者が記入するところ	被保険者証の記号番号	11 100	請求者の氏名	健保 一郎			
	請求者の現住所	飯塚市立岩12-34					
	被保険者の勤務していたまたは勤務する事業所の名称	○○○○○○					
	死亡した年月日	17年 8月 15日	死亡した原因	心不全			
	死亡が第三者の行為によるものであるときがその事実状況 第三者の住所氏名 (住所氏名が負傷であるときはその旨)						
	被保険者が死亡したための請求であるときは、その被保険者の						
	氏名		標準報酬月額	,000円	死亡した被保険者との続柄		
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、その被扶養者の						
	氏名	健保 八郎	生年月日	明・大 昭・平 1年 1月 9日	被保険者との続柄	父	
	埋葬を行った年月日	17年 8月 16日	埋葬に要した費用	500,000 円 (別紙証拠のとおり)			
<p>上のとおり請求します。 17年 8月 20日</p> <p>住所 飯塚市立岩12-34</p> <p>請求者 氏名 健保 一郎 (印)</p> <p>麻生健康保険組合理事長殿</p>							
事業主証明	死亡した被保険者または被扶養者の氏名	被保険者 <u>被扶養者</u> 健保 八郎	死亡した年月日	17年 8月 15日			
	うえのとおり <u>被扶養者</u> が死亡したことに相違ないことを証明します。	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	(事業主印)		
振込先	振込先	○○ 銀行	△△ 支店 (普通	01234 )			
	口座名義 (カナ)	ケンポイチロウ					