

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
資格喪失日	平								
標準報酬月額	千円						死亡年月日	年	月

被保険者 埋葬 料 請求書
家 族 費

請求者が記入するところ	被保険者証の記号番号		請求者の氏名					
	請求者の現住所							
	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	年	月	日	死亡した原因			
	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	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	被保険者との続柄	
	埋葬を行った年月日	年	月	日	埋葬に要した費用	円（別紙証拠のとおり）		
<p>上のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">請求者 氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">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		被保険者被扶養者		死亡した年月日	年	月	日
	<p>うえのとおり 被保険者被扶養者が死亡したことに相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">事業所所在地</p> <p style="text-align: center;">事業所名称</p> <p style="text-align: center;">事業主氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>							
振込先	振込先		銀行		支店（普通			）
	口座名義（カナ）							