

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 家族 埋葬 料 請求書

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 花子		
	請求者の現住所	飯塚市〇〇 ××××-××				
	被保険者の勤務していたまたは勤務する事業所の名称	株式会社〇〇〇〇〇〇				
	死亡した年月日	H27 年 10 月 8 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はその事実状況 第三者の住所氏名 (住所氏名が負傷であるときはその旨)					被保険者から見た請求者との関係
	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	健保 一郎	標準報酬月額	,000円	死亡した被保険者との続柄	妻
	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	H27 年 10 月 10 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。 H28 年 2 月 3 日</p> <p style="text-align: right;">〒××××-×××× 住所 飯塚市〇〇 ××××-××</p> <p style="text-align: right;">請求者 氏名 健保 花子 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 被扶養者	健保 一郎	死亡した年月日	H27 年 10 月 8 日	
	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。				
H28 年 2 月 5 日		事業所所在地	〇〇〇〇〇〇	事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇〇	
		事業主氏名	〇〇 〇〇〇	印		
振込先	振込先 〇〇 銀行 〇〇〇 支店 (普通 ×××××××)					
	口座名義 (カナ) ケンポ ハナコ					