

支払決議書	資格取得	年	月	日	常務理事	事務長	課長	係長	係員			
	資格喪失	年	月	日								
	支給額	円				受付	年	月	日	年	月	日
						伺	年	月	日	年	月	日
	支給期間	令和	年	月	日から	決裁	年	月	日	年	月	日
		令和	年	月	日まで	日間	支払	日	年	月	日	

被保険者

家族

埋葬料（費）請求書

被保険者証の記号番号	—	被保険者氏名		事業所名称			
被保険者が死亡したための請求であるとき	死亡年月日	令和	年	月	日	死亡原因	
	埋葬年月日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用	円
	死亡した被保険者と請求者の身分関係						
被扶養者が死亡したための請求であるとき	氏名		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	続柄		備考				
介護保険法のサービスを受けていたとき	市町村番号		受給者番号				
	発行機関名						
振込希望の銀行	銀行 支店（普通・当座 _____）						
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 請求者住所 請求者氏名 健康保険組合理事長 殿							

委任状	私は _____ を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						
	令和	年	月	日	被保険者	住所	
					代理人	住所	氏名 ㊟
							氏名 ㊟
振込希望の銀行	銀行 支店（普通・当座 _____）						

事業主の証明	死亡した者の氏名						被保険者・被扶養者
	死亡年月日	令和	年	月	日	死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します。						
	令和	年	月	日	事業主住所	事業主氏名	

※ 埋葬許可証・火葬許可証・死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれかの写しを添付してください。