

※支給支払決議書	常務理事	事務長	係	担当者
	支 給 額		円	
	支 給 内 訳	埋葬料		円
		埋葬料付加金		円
		埋葬費		円
		埋葬費付加金		円

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、⑦備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

被保険者 家 族 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

①被保険者等記号・番号	一	②被保険者の勤務していた又は勤務している事業所の (ア)名称 (イ)所在地	
③死亡した年月日	年 月 日	④死亡原因	
⑤被保険者が死亡したための請求であるときはその者の ⑥被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の ⑦備考欄	(ア)氏名 (エ)被保険者の(最後の) 標準報酬月額	(イ)埋葬した年月日 千円 (イ)生年月日	年 月 日 埋葬に要した費用 金 円 (オ)死亡した被保険者と請求者との身分関係 (ウ)被保険者との続柄
⑧振込希望の金融機関	金融機関名 口座番号 口座名義	銀行・信金・農協 (普通 ・ 当座) (カタカナで記入)	支店
上記のとおり請求します。 年 月 日 請求者の 住所 氏名 キクチ健康保険組合 殿			

⑨委任状	私は 年 月 日請求した被保険者埋葬料(費)・被保険者埋葬料(費)付加金のうち金 年 月 日 請求者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名	円也の受領に関すること。
⑩代理人の振込希望の金融機関	銀行・信金・農協 支店	普通 当座 口座番号 口座名義(カタカナ)

⑪領収書	金 年 月 日 キクチ健康保険組合 殿 受領者 住所 氏名	円也 但しうえの金額を領收回りました。 印
------	--	--------------------------

⑩事業主の証明	⑫死亡した者の氏名 ⑬死亡した者 ⑭死亡した年月日 うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 住所 氏名	被保険者・被扶養者
---------	---	-----------

(添付書類)

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市区町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検査書、検視調書の写を添付して下さい。
死亡が第三者の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(死)届」を作つて、添付して下さい。