

|           |         |   |   |
|-----------|---------|---|---|
| 受 付 年 月 日 | 年       | 月 | 日 |
| 伺 年 月 日   | 年       | 月 | 日 |
| 支 払 年 月 日 | 年       | 月 | 日 |
| 支 給 額     | 円       |   |   |
| 支 給       | 埋 葬 料   | 円 |   |
| 内 訳       |         |   |   |
| 標準報酬月額    | 千円(第 級) |   |   |

|       |       |   |     |
|-------|-------|---|-----|
| 常務理事  | 事務長   | 係 | 扱 者 |
|       |       |   |     |
| 資格取得  | 年 月 日 |   |     |
| 資格喪失  | 年 月 日 |   |     |
| 死亡した日 | 年 月 日 |   |     |

被 保 険 者 家 族 埋 葬 料 ( 費 ) 請 求 書

|                                                                  |                                      |                     |               |                        |       |                   |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|---------------|------------------------|-------|-------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ         | ①被保険者証の<br>記号と番号                     | (記 号)<br>(番 号)      | ②請求者の<br>氏名と印 |                        |       | 印                 |
|                                                                  | ③請求者の現住所                             | 〒 Tel               |               |                        |       |                   |
|                                                                  | ④被保険者の<br>勤務していた<br>又は勤務する<br>事業所の   | ⑦名 称                |               |                        |       |                   |
|                                                                  |                                      | ④所 在 地              |               |                        |       |                   |
|                                                                  | ⑤死亡した年月日                             | 年 月 日               |               | ⑥死亡し<br>た原因            |       |                   |
|                                                                  | ⑦被保険者が<br>死亡した為の<br>請求である<br>ときはその者の | ⑦氏名                 |               | ⑧埋葬した<br>年 月 日         | 年 月 日 | ⑨埋葬に要<br>した費用 金 円 |
|                                                                  |                                      | ⑩被保険者の最後<br>の標準報酬月額 | 千円            | ⑪死亡した被保険者と<br>請求者の身分関係 |       |                   |
|                                                                  | ⑧被扶養者が死亡した為の<br>請求であるときはその者の         | ⑦氏名                 |               | ⑧生年<br>月 日             | 年 月 日 | ⑨被保険者<br>との続柄     |
|                                                                  | ⑨備 考                                 |                     |               |                        |       |                   |
|                                                                  | ⑩振込希望の銀行<br>(任継者又は喪失者のみ)             | 銀行 支店 普通・当座 No.     |               |                        |       |                   |
| 上記のとおり申請します。<br>年 月 日<br>請求者の 住 所〒<br>氏 名 印<br>日本貨物検数健康保険組合理事長 殿 |                                      |                     |               |                        |       |                   |

|             |                                          |          |            |                   |  |
|-------------|------------------------------------------|----------|------------|-------------------|--|
| ⑪事業主の<br>証明 | ⑦死亡した者の氏名                                |          | ⑧死 亡 し た 者 | 被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者 |  |
|             | ⑨死亡した年月日                                 | 年 月 日 死亡 |            |                   |  |
|             | 上記のとおり相違ないことを証する。<br>年 月 日 住 所〒<br>氏 名 印 |          |            |                   |  |

|              |                                                                                                                                               |  |  |  |  |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| ⑫委<br>任<br>状 | 私は 年 月 日 金 日を代理人と定め、次の権限を委任する。<br>日請求した被保険者埋葬料(家族埋葬料)・被保険者埋葬付加金(家族埋葬付加金)のうち<br>円也の受領に関すること。<br>年 月 日 住 所〒<br>請求者の 氏 名 印<br>住 所〒<br>代理人の 氏 名 印 |  |  |  |  |
|              | ⑬ 振 込 希 望 の 銀 行 銀行 支店 普通・当座 No.                                                                                                               |  |  |  |  |

|              |                                                                   |  |
|--------------|-------------------------------------------------------------------|--|
| ⑭受<br>領<br>書 | 金 円也領収いたしました。<br>年 月 日<br>日本貨物検数健康保険組合理事長 殿<br>住 所〒<br>請求者の 氏 名 印 |  |
|--------------|-------------------------------------------------------------------|--|

受 付 日 付 印

※この請求書に市区町村長の埋葬許可書・火葬許可書の写、又は死亡診断書・死体検案書・検視調書の写を添付して下さい。