

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	埋葬料付加金		円		
標準報酬月額		千円(第 級)			

常務理事	事務長	課長	扱者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
死亡した日	年 月 日		

記入例

被保険者家族埋葬料(費)埋葬料(費)付加金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号と番号	(記号) 1 0 (番号) 1 2 3 4 5 6 7	②請求者の 氏名と印	日 検 康 代	印		
	③請求者の現住所	〒×××-×××××××××× Tel 03-×××××-××××× 東京都品川区〇〇×-×-×					
	④被保険者の 勤務していた 又は勤務する 事業所の	⑦名 称	日本貨物検数協会 〇〇支部				
		⑧所在地	東京都中央区△△△×-×-×				
	⑤死亡した年月日	令和 2 年 7 月 6 日	⑥死亡した 原因	心不全			
	⑦被保険者が 死亡した為の 請求である ときはその者の	⑦氏名	日 検 健 大	⑧埋葬した 年月日	令和 2 年 7 月 1 1 日	⑨埋葬に要 した費用	金 円
		⑩被保険者の最後 の標準報酬月額	千円 4 1 0	⑪死亡した被保険者と 請求者の身分関係	妻		
	⑧被扶養者が死亡した為の 請求であるときはその者の	⑦氏名	該当せず	⑧生 年 月 日	年 月 日	⑨被保険者 との続柄	
	⑨備 考						
	⑩振込希望の銀行 (任継者又は喪失者のみ)	みずほ 銀行 田町 支店 普通(当座) No. 1 2 3 4 5 6 7 日 検 康 代					
上記のとおり申請します。 令和 2 年 7 月 2 7 日 請求者の 住 所 〒×××-××××× 氏 名 日 検 康 代 日本貨物検数健康保険組合理事長 殿							

受領書欄と同じ
印鑑を押印する。

⑪事業主の 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。 年 月 日 事業主 住 所 〒 氏 名		

⑫委 任 状	記入不要		
⑬振込希望の銀行	銀行	支店 普通・当座	No.

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

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。