支給決定伺

常務理事	事務長	係	係	支給決定額	円
法定	円			付加	円

被保険者　埋葬料（費）
家族　付加金　請求書

被保険者証の記号と番号			請求者の氏名			
請求者の現住所						
被保険者の勤務していた、又は勤務する事業所の	名称					
	所在地					
死亡した年月日	年　月　日		死亡した原因			
被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	氏名		埋葬した年月日	年　月　日	埋葬に要した費用	金　円（別紙証拠書の通り）
	被保険者の標準報酬月額	千円	死亡した被保険者と請求者との身分関係			
被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	氏名		生年月日	年　月　日	被保険者との続柄	
備考						

令和　年　月　日　提出

事業主の証明するところ	死亡した者の氏名		死亡した者は被保険者ですか	被保険者　・　被保険者でない
	死亡した年月日	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 氏名			
委任状	本請求書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 請求者の　住所 氏名 代理人の　住所 氏名			

（注意事項）
※被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者証の記号と番号」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、本人確認をするための添付書類等が必要です。）

(2021.02)

大平洋金属健康保険組合