

年度別	年度	受付	年月日	番号	第 号
決裁	常務理事	下記の通り支給決定して差し支えありませんか	起案	事務長 担当	起案
					年月日
					年月日
支給金額	標準報酬	資格取得年月日	被保険者証添付の有無		備考
埋葬料(費)	月額	年月日	有・無		
円	千円	資格喪失年月日	資格喪失後死亡までの日数		
		年月日	日間		

## 被保険者家族 埋葬料(費)請求書

被保険者証記号番号	事業所名及び所属課係		死亡した年月日		
● - ●●●●●●	勤務先の名称 TEL		年月日		
死亡の原因	請求金額(埋葬に要した費用)		埋葬した年月日		
	埋葬料		年月日		
被保険者の死亡であるときはその者の	氏名	ご記入ください		年月日	
第三者の行為によって死亡した場合はその事実並びに第三者の住所及び氏名(住所及び氏名が不詳である時はその旨)				年月日	
被扶養者の死亡であるときはその者の	氏名	生年月日	年	月	日生 続柄
振込希望	金融機関名及び支店名(フリガナ)		預金種類	口座番号	名義(フリガナ)
金融機関	銀行・信 信組・農協		退職者、任意継続の方はご記入ください		
上記の通り請求し、給付金の受領方を ( )に委任します。(住所) 年月日 TEL					
デンカ健	勤務先の名称 退職者、任意継続の方は記入不要		(被保険者との続柄)		
			氏名)		

## 事業主の証明

課係	死亡した者は	被保険者・被扶養者	証明年月日	年月日
被扶養者の死亡の場合は被保険者の氏名		事業主の証明があれば添付書類は必要ありません		
死亡した者の名前	年月日	年月日	(事業所名) (事業主)	

(2021.03)