

令和 年度		常務理事		事務局長		係	
款	保 險 給 付 費						
項	法定給付費	目	埋葬諸費			円	
			家族埋葬料				
項	付加給付費	目	埋葬料(費)付加金			円	
			家族埋葬料付加金				
				支給決定日			

**被保険者
家 族
埋葬料(費)・埋葬付加金請求書**

請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号 番号	被保険者の勤務していた 又は勤務する事業所		百十四銀行		部店	
	死亡した年月日		令和 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		令和 年 月 日	埋葬に要 した費用	円 別紙のとおり		
	被保険者の最後の 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		昭・平・令 年 月 日	被保険者との 続 柄			
	払渡希望の銀行口座		百 十 四 銀 行 本 店 普通預金 No.					
	上記のとおり請求します。							
	令和 年 月 日		住 所		氏 名		(印)	
百十四銀行健康保険組合理事長 殿								

事 業 主 証 明 欄	死亡した者の氏名	死亡した者は		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		
	死亡した年月日	令和 年 月 日 死亡				
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日		事業所の名称		百十四銀行		部店
		所属長				(印)

(注) 被保険者証の記号・番号に代えて、マイナンバーを備考欄に記載できます。
その場合、個人番号等の書類の添付を要する為、当組合に事前連絡して下さい。

備考欄：