

決 裁		年 月 日			常務理事		事務長		担当者	
支 給	支 給 金 額				円					
	死 亡 日	年 月 日								
支 出 伺	資 格 取 得 日	年 月 日			備 考					
	資 格 喪 失 日	年 月 日								
	標 準 報 酬 月 額						千円			

埋 葬 料 (費) 請 求 書

被保険者証 記号・番号	—	事業所の名称		所 属	
死亡者の氏名			被保険者・被扶養者 の別	被保険者 ・ 被扶養者	
死亡の年月日	年 月 日		死亡の原因		
死亡者と被保険者との続柄（被保険者死亡の場合は請求者との続柄）					

死亡が第三者の行為に因るものはその事情並に第三者の氏名及び住所

上記のとおり請求します

年 月 日

被保険者住所

氏 名

ダイヘン健康保険組合理事長 殿

事業主証明	死亡者の氏名			住所 事業・氏名		
	死亡年月日	年 月 日				
	被保険者 被扶養者の別	被保険者 ・ 被扶養者				
	被保険者死亡の場合は請求者との続柄					

本請求金額の受領を
委任します

年 月 日

被保険者氏名

金 円受領しました

年 月 日

受領者住所

氏 名

㊞