

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	備 考			
支 出 伺	資 格 取 得 日	年 月 日				
	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	〇〇-〇〇〇〇〇	事業所の名称	株式会社 〇〇〇	所 属	〇〇部
死亡者の氏名	ダイヘン花子		被保険者・被扶養者 の別	被保険者	被扶養者
死亡の年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	死亡の原因	病死等		
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）					配偶者等
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	死亡原因が交通事故等の場合は、別途健保へご連絡下さい。				
備 考	※個人番号： <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">従来どおり、記号番号で申請される方については個人番号の記入は不要です。</span>				

上記のとおり請求します

平成〇〇 年 △△ 月 〇〇 日

被保険者住所 大阪市淀川区田川2-1-11  
 こちらは、事業主証明欄です。必要事項記入及び書類添付の上、事業主経由で申請して下さい。  
 ダイヘン健康保険組合 理事長 殿

大阪市淀川区田川2-1-11

名 ダイヘン太郎

署名欄は、すべて自筆が原則です。データ入力される場合は、押印して下さい。

死亡者の氏名	住所	事業主証明	関係会社 ダイヘンテック(株)・ダイヘン産業機器(株)籍以外の方は記載の必要はありません。	住所 事業主氏名	署名欄は、すべて自筆が原則です。データ入力される場合は押印して下さい。	印
死亡年月日	年 月 日	被扶養者		氏名	押印して下さい。	印
本請求金額の受領を委任します 平成〇〇 年 △△ 月 〇〇 日			円受領しました			
被保険者氏名 ダイヘン太郎			受領者住所 大阪市淀川区田川2-1-11			
			氏 名 ダイヘン太郎			

\* 「死亡診断書」(原本)又は、埋葬<火>許可書(写)を添付して下さい。  
 ※従来どおり、記号番号で申請される方については個人番号の記入は不要です。