健康保険　埋葬料(費)　家族埋葬料　支給請求書

請求者が記入するところ

被保険者証の記号番号	(記号) 1 － (番号) 100001	請求者の氏名	健　保　太　郎
請求者の現住所	〒○○○-○○○○ 東京都江東区○○○○○		
事業所名称	マルハニチロ株式会社		
死亡の年月日	令和　１年　５月２５日	死亡の原因	心不全
第三者の行為に因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(住所が不明である時はその旨)			

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		埋葬を行った年月日	令和　年　月　日	埋葬に要した費用	円
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	健　保　花　子	生年月日	昭和 平成 令和　51年　4月　3日	被保険者との続柄	妻
被保険者が死亡した場合の振込銀行	銀行　　支店　普通・当座　NO.			ふりがな 名義	

被保険者の死亡に関する事業主の証明	上記のとおり被保険者　　は、令和　年　月　日死亡したことを証明する。 事業主　住所 氏名

被保険者が死亡した場合、事業主の証明が必要

備　考	支出決定伺				
	埋葬料(家族)		５０，０００円		
	埋葬料付加金		円		
		常務理事			担当者

マルハニチロ健康保険組合