

支給決議書 ※この欄は記入しないでください。	同年月日		年 月 日				常務理事	事務長	課長	担当者	
	支給額		百	十	万	千	百	十	円		
	内訳	法定						死亡年月日	年	月	日
		付加						資格	取得	年	月
標準報酬月額						千円	喪失	年	月	日	

被保険者  
家族 埋葬料(費)請求書

請求者が記入するところ	① 被保険者証の			②					
	記号		番号		請求者の氏名	印			
	③ 現住所	〒					電話番号 ( )		
	④ 被保険者の勤務する (していた)事業所	名称							
		所在地							
	⑤ 死亡の日	年 月 日			⑥ 死亡の原因				
	⑦ 第三者の行為により 死亡したとき	事故の状況							
		加害者の氏名				加害者の住所			
	⑧ 被保険者死亡による 請求であるとき	被保険者氏名				被保険者に対する 請求者の続柄			
		埋葬した日	年 月 日			埋葬に要した費用	円		
⑨ 家族の死亡による 請求であるとき	家族氏名				生年月日	年 月 日		続柄	
⑩ 受取金融機関	銀行名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人				
	銀行 金庫 信組 農協	支店・本店	普通・当座		(フリガナ)				

事業主が証明するところ	⑪ 死亡した者の氏名				⑫ 死亡した日	年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明する。						
	年 月 日						
⑬ 事業所所在地	事業所名			印			
	事業主名						
	TEL ( )						

年 月 日提出

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)												
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												

支払済印

受付印

(注意事項)

- 死亡に関する事業主の証明が得られないときは、埋火葬許可証の写、死亡診断書・死体検案書、又は検死調書の写のいずれかを添付してください。
- 死亡した被保険者に被扶養者がなく、それ以外の人が埋葬を行ったときは、埋葬に要した費用の領収書を添付してください。