

支給決定伺

支給決定額				平成	年	月	日
				同	年	月	日
理事長	常務理事	事務長	係	円			

埋葬料(費)・家族埋葬料請求書

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 番号	被保険者(請求者) の氏名印	フリガナ				㊟		
	被保険者(請求者)の 現住所									
	事務所の名称				死亡した年月日	平成	年	月	日	
	死亡した原因	第三者の行為によるものですか								
		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は第三者の行為による傷病届を提出してください								
	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	平成	年	月	日	埋葬に要 した費用	円
	被保険者(最後の) の標準報酬月額	000円(第級)			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	年	月	日	被保険者 との続柄	
上記のとおり請求します。 平成 年 月 日 フジクラ健康保険組合理事長 殿										
事 業 主 が 証 明 す と こ ろ	死亡した 者の氏名				生年月日	昭 平	年	月	日	
	死亡した年月日	平成 年 月 日 死亡								
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業主住所氏名									
振込希望の銀行		銀行		支店(普通 当座 第		号)		口座名(カタカナ)		
受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します 平成 年 月 日							受付日付印		
	被保険者住所 (請求者)氏名									
	代理人 の氏名	(フリガナ).....								
代理人 の住所										