

支給決定伺

				決裁年月日	令和	年	月	日
				同年月日	令和	年	月	日
理事長	常務理事	事務長	係	支給決定額		円		

埋葬料(費)・家族埋葬料請求書

被保険者が記入するところ	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	令和	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	令和	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。 令和 年 月 日 フジクラ健康保険組合理事長 殿								
事業主が証明するところ	死亡した者の氏名		生年月日	昭平	年	月	日		
	死亡した年月日	令和 年 月 日 死亡							
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 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 令和 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									