

同 年 月 日	平成 年 月 日					常務理事	事務局長	資 得	• •
支 払 額	拾万	万	千	百	拾	円		格 喪	▽ ▽
※ 支給内訳	決定						部長	課長	係長
	附加								
支給決議書	法定標準報酬月額					千円	係	係	
								死亡し日	• •
								被扶養者 台帳照合印	

**被保険者埋葬料（費）、附加金 支給請求書**  
**家族埋葬料、附加金**

被保険者  
家族

- △記入上の注意▽
- 死亡したことの証明は事業主の証明があれば他に必要ありません
  - 被保険者死亡で請求者が死亡者との生計維持関係がないばあい（埋葬費）は埋葬に要した費用の領収書を添付してください。
  - 資格喪失後の請求については、必ず銀行名・支店名と口座番号を記入してください。

請求者の記入するところ	被保険者証の記号	番号	(請求者) フリガナ	被保険者氏名	標準報酬月額	千円
	事業所の名称	請求者の住所				
	死亡した年月日	平成 年 月 日	死亡原因			
	被保険者が死亡したための請求であるとき					
	死亡した被保険者の氏名	請求者の死亡者との続柄		請求者は死亡者にいない		
	葬儀を行なった年月日	平成 年 月 日	葬儀に要した費用	円		
	第三者行為による死亡はその事実第三者の住所氏名					
	被扶養者（家族）が死亡したための請求であるとき					
	被扶養者氏名	生年月日	明大昭平	被保険者との続柄		
	備考					

事業主の証明	死亡したものの氏名	死亡した年月日	• • •	死亡原因	
	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	印			

委任状	私は下記の事業主を代理人と定め、平成 年 月 日 埋葬料の受領方を委任します。				
	本人住所氏名	印			
	代理人住所氏名	印			
	事業所所在地氏名	印			

受付日附印

※ 資格喪失された方のみ、ご記入ください

事業所  
担当者印

金融機関名	銀行	口座番号	普・当
	信金 支店	フリガナ	
	信組	氏名	