

支給決定伺			決定	
常務理事	事務長	取扱者	附加	
			決定	令和 年 月 日

被保険者
被扶養者

埋 葬 料 (費) 請 求 書

令和 年 月 日 提出

請求者が記入するところ	被保険者証の 記号・番号		記号		事業所の名称			
			番号					
	請求者の 氏名と⑩			⑩	請求者の 住所			〒
	死亡した年月日		令和 年 月 日	死亡した原因				
被保険者 死亡の場合 被保険者名	氏名		埋葬 した 年月日	令和 年 月 日	埋葬に要 した費用	円		
	死亡した被保険者と請求者との身分関係							
被扶養者 死亡の場合 被扶養者名	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄			
振込先*	フリガナ				フリガナ			
	銀行			支店	口座名			
	預金種目	普通 ・ 当座		口座番号				

*振込先は被保険者死亡の場合のみ記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						
	被保険者の	住所	氏名				⑩
	事業所所在地	事業主名称	事業主氏名				⑩

受 付 日 付 印

<当請求書には、死亡診断書または埋葬許可書(コピー可)を添付してください。>