

支払年月日	年 月 日
支給額	円
決定標準報酬月額	千円
備考	

常務理事	事務長		係
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		

**被保険者
家族 埋葬料（費） 請求書**

令和 年 月 日請求

請求者が記入するところ	被保険者	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者の氏名 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
		被保険者の勤務していた、又は勤務している事業所の	名称 所在地			
	死亡した者	氏名		生年月日	被保険者との続柄	
				昭・平・令 年 月 日 満（ 歳）		
請求者	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡した原因（病名）			
	請求者の氏名	印		死亡した者と請求者の身分関係		
	請求者の（申請者）現住所	〒 TEL				
	第三者行為によって死亡した場合にはその事実並びに第三者の住所及び氏名（住所及び氏名が不詳であるときはその旨）					
備考						

委任状	私は 金 円を代理人と定め令和 年 月 日に請求した 被保険者・家族 埋葬料（費）、円也の受領方を委任します。	令和 年 月 日
	本人住所 氏名	印
	代理人住所 氏名	印

領収書	金 円也但し 年 月 日 上の金額を領収いたしました。
	宝グループ健康保険組合 理事長 殿 住所 受領者 氏名 印

事業主の証明	死亡した者の氏名	事業主の住所氏名及び印	*受付印
	死亡した者 被保険者・被扶養者		
	死亡した年月日	年 月 日 印	

※事業主の証明を得ない場合は、この請求書に「死亡診断書の写」もしくは「埋葬許可書の写」を添付のこと