

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給	埋葬料（費）	円
			内訳	埋葬料付加金	円
			死亡年月日	平・令	年 月 日
資格取得	昭・平・令 年 月 日		備考		
資格喪失	令 年 月 日				

上記は記入しないでください。

被保険者

## 埋葬料（費）・埋葬料付加金請求書

被扶養者

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

請求者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	記号	1010	請求者の氏名と印	健保 花子	印
		番号	99999			
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、埋葬料（費）・埋葬料付加金の受領に関し、事業主に委任します。				
	請求者の住所	〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○○県○○市○○町 1-2-3				
	会社名および所属	日本無線株式会社		○○部 ○○課		
	死亡した年月日	平・令 X 年 X 月 X 日	死亡原因	心不全		
	被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の	被保険者氏名	健保 太郎	請求者との関係	妻	
		埋火葬した年月日	平・令 X 年 X 月 X 日 埋葬			
		第三者が埋葬したとき、埋葬に要した費用（別紙領収書添付のこと）	円			
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の	被扶養者氏名	被保険者との続柄			
生年月日		昭・平・令 年 月 日				
第三者の行為によるものですか		いいえ ・ はい（別紙届出必要）				

事業主の証明	死亡者	被保険者・被扶養者	氏名	死亡年月日	平・令 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	名称 事業主の証明		氏名	印