

受付年月日	年 月 日	埋葬料(費)	円	支給支払決議書		
同年月日	年 月 日	埋葬料(費)付加金	円	常務理事	事務長	担当者
決裁年月日	年 月 日	支給額	円			
支払年月日	年 月 日					

(注 意 事 項)

被保険者
家 族

埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

ア. ①欄は、「健康保険の被保険者証を、⑤の(エ)欄は事業主から交付された死亡当
時の「賃金支払内訳書」などを見て記載すること。
イ. 被扶養者以外の者が請求する場合は、埋葬に要した費用の領収書(費用の内訳
として品名、数量、単価及び金額が明記してあること。)を添付してください。
ウ. なお、証拠書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記
した翻訳文を添付してください。
エ. 死亡が第三者の行為によるものであるときは別に「第三者行為による傷病(死)
届をつくって、この請求書に添付すること。」

※事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市区町村長埋葬許可証、
火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調査のいずれかの写を添付してくだ
さい。

被保険者証の 記号・番号	-		資格取得日	年 月 日		資格喪失日	年 月 日	
被保険者の勤務 していた、また は勤務している 事業所の	名 称 (部 署 名)							
	所 在 地	〒 TEL:() -						
死亡した年月日	年 月 日		死亡原因					
被保険者が死亡 したための請求 であるときはそ の者の	氏名			埋葬した 年月日	年 月 日		埋葬に要 した費用	金 円
	被保険者の(最後の) 標準報酬月額		千円		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	昭和 平成	年 月 日		被保険者 との続柄
備 考								
振 込 希 望 口 座 *請求者が被保険 者でないとき				銀行・信金 信組・農協			本店 支店	普通・当座 その他()
	口座番号				口座名義	フリガナ.....		
<p>上記のとおり請求します。また、下記の事項について異議なく同意します。</p> <p>1. 原則、この請求書を事業主経由でフランスベッドグループ健康保険組合に届け、当該給付金について事業主 経由で受領すること。但し、請求時の資格状況によってこの限りではないこと。</p> <p>年 月 日</p> <p>フランスベッドグループ健康保険組合理事長 殿 住所 請求者の 氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>								

事 業 主 の 証 明	死亡した 者の氏名			死亡した者	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
	死亡した年月日	年 月 日		死亡		
	<p>うえのとおり相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 名称 代表者名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>					