

同年月日 令和 年 月 日

支給決議書	常務理事	事務局						備考(病名コード)			
	資格関係	取得	昭和・平成・令和	年	月	日					
		喪失	昭和・平成・令和	年	月	日					
	証NO	標準報酬月額	支給金額								
			級								

*この線より上は請求者において記入しないこと

被保険者・被扶養者 埋葬料(費)請求書

被保険者の記号番号	—	事業所の名称				所属				
死亡の年月日	平成・令和	年	月	日	死亡の原因					
被保険者の死亡に 関するときは その者の	氏名					埋葬に要した 費用の額	* (証拠書類を添付)			
埋葬を行った年月	平成・令和	年	月	日			円			
死亡が第三者の行為によるときは その事実並びに第三者の住所・ 氏名、不明なときはその旨										
申請が被扶養者に 関するときはその者の	氏名				生 年 月 日	昭 平 令	続 柄			
		令和 年 月 日								
被保険者の死亡に関する 事業主の証明	は死亡したことを証明する。									
上記のとおり請求いたします。										
					令和 年 月 日					
1. 銀行 支店					〒 —					
(口座種別) NO					請求者の住所					
2. 郵便局 (店番) (番号)					_____					
3. 給与振込み					氏名					
* 1, 2は退職者のみです。在籍者の方は、3を選択してください。					被保険者との続柄					
帝人グループ健康保険組合理事長殿					(TEL _____)					

- 被扶養者の場合は証明書類(死亡診断書の写し、もしくは埋葬許可証の写し)を添付すること。
- *の欄は、死亡した被保険者の被扶養者でない者が請求する場合に記載するとともに、埋葬に要した費用の領収書を添えること。