

支給支払決議書					
常務理事	事務長	担当者	担当者	支給額	
				法定	
資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日	付加
資格喪失	令和	年	月	日	標準報酬月額
					千円

※① 被保険者
被扶養者

埋葬料（費）請求書

※ (申請上の注意)

※ ①「被保険者」「被扶養者」の別は該当する文字を○で囲んで下さい。

※ ②家族埋葬料の申請の場合(任意継続被保険者を除く)は事業所名を記入し、受領を委任して下さい。

※ ③任意継続者(本人・家族)及び資格喪失後の申請の場合は必ず記入して下さい。

※ 被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の方の申請の場合、埋葬費用の領収書が必要になります。

被保険者証		事業所の名称	
記号	番号		
死亡者	氏名	被保険者との続柄	
	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日
被保険者が死亡の場合、死亡した被保険者と埋葬した者との関係			
死亡年月日	令和	年 月 日	埋葬に要した費用額 円
死亡の原因			
死亡が第三者行為による場合、状況及び加害者の住所・氏名			
上記のとおり請求します。		令和 年 月 日	
三井化学健康保険組合常務理事 殿			
〒□□□□-□□□□ 住所			
請求者又は被保険者 氏名印		Ⓜ	
電話番号 ()			
※② 委任状	表記請求金額の受領を に委任します。		
	被保険者 氏名印		Ⓜ
※③ 振込先	銀行名	支店名	口座番号
	銀行	支店	普・当
			フリガナ

受付日付印

証明欄	死亡に関する事業主の証明又は死亡診断書等の添付	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 事業所又は代理人 氏名印	Ⓜ
-----	-------------------------	---	---