

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

被保険者
被扶養者

埋葬料（費）請求書

被保険者証				事業所の名称	
記号	1111	番号	234	MC食品株式会社	
死亡者	氏名	三井 健太		被保険者との続柄	本人
	生年月日	明・大・昭・平 27年10月10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				妻	
死亡年月日	平成	年	9月20日	埋葬に要した費用額	100万円
死亡の原因	胃癌				
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。平成 年 10月 1日					
三井化学健康保険組合常務理事 殿					
〒222 0000 住所 横浜市港北区港北3-2-1					
請求者又は被保険者 氏名印 三井 増美 印					
電話番号 045 (843) 1111					
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 印					
振込先	銀行名	支店名	口座番号	口座名義	
	さくら銀行	横浜支店	普 当 3456789	フリガナ ミツイ マスミ	三井 増美

(申請上の注意)

「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。
「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。
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。
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。

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。 平成 年 10月 1日 住所 東京都千代田区幸福町1-1 MC食品株式会社 事業所又は代理人 代表取締役社長 山口 一郎 印
-----	-------------------------	--