

支給 決議 書	金額	円	資格	得喪	年月日	常務理事	事務長	課長補佐	主任	担当者
					年月日					
	支出科目	款	項	目						
	同年月日	年月日	(備考)							
	支給年月日	年月日								

被保険者

家族

埋葬料（費）請求書

被保険者証の 記号・番号	000 — 000	事業所 の名称	〇〇〇〇株式会社	所属	〇〇〇〇駅
死亡年月日	令和 元年00月00日	死亡した原因	心不全		
被保険者が 死亡した場合	被保険者 の氏名			埋葬を行った 年月日	令和 年 月 日
	埋葬に要 した費用	円		被保険者と請求者 との続柄	
被扶養者が 死亡した場合	被扶養者 の氏名	健保 愛子		生年月日	昭和 平成 令和 00年 00月 00日生
	被保険者 との続柄	母	備考		
第三者の行為（交通事故等）によ って死亡した場合にはその理由 ならびに第三者の住所および氏名	(住所および氏名がわからないときはその旨)				

管理課長

課長補佐

主任

課員

所属長

上記により、金 50,000 円也を請求します。

令和 元年 00 月 00 日

請求者住所 〇〇県〇〇市〇〇

氏名・印 健保 太郎

生年月日 平成 00 年 00 月 00 日

電話番号 000 (0000) 0000



東武鉄道健康保険組合 理事長殿

健保受付印

- (注) 1. 死亡診断書（死体検案書）、埋（火）葬許可書、検視調書のうちいずれかの写しを添付してください。
2. 被保険者が亡くなった場合は、請求者の続柄が確認できる書類を添付してください。