

|       |       |     |      |    |     |      |     |      |    |     |
|-------|-------|-----|------|----|-----|------|-----|------|----|-----|
| 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

|  |                       |            |          |                  |                          |
|--|-----------------------|------------|----------|------------------|--------------------------|
| 被保険者等の<br>記号・番号                                      | 000 — 000             | 事業所<br>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 0 年 0 月 0 日        | 死亡した原因     | 心不全      |                  |                          |
| 被保険者が<br>死亡した場合                                      | 被保険者<br>の氏名           | 健保 太郎      |          | 埋葬を行った<br>年月日    | 令和 〇 年 〇 月 〇             |
|  | 埋葬に要<br>した費用          | 〇 〇 〇 円    |          | 被保険者と請求者<br>との続柄 | 妻                        |
| 被扶養者が<br>死亡した場合                                      | 被扶養者<br>の氏名           |            |          | 生年月日             | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日生 |
|  | 被保険者<br>との続柄          | 備考         |          |                  |                          |
| 第三者の行為(交通事故等)によ<br>って死亡した場合にはその理由<br>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 0 年 0 0 月 0 0 日

請求者住所 〇〇県〇〇市〇〇

氏名 健保 花子

生年月日 昭和 0 0 年 0 0 月 0 0 日

電話番号 0 0 0 ( 0 0 0 0 ) 0 0 0 0

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。