

伺年月日		令和	年	月	日
決裁年月日		令和	年	月	日
支給額		円			
支給内訳	埋葬料	円			
	埋葬料付加金	円			
	埋葬費	円			
	埋葬費付加金	円			

支給支払決議書			
常務理事	事務長	部長	係
資格取得		昭和・平成・令和 年 月 日	
資格喪失		令和 年 月 日	
支払年月日		令和 年 月 日	

被保険者
家族
埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

※申請書は消えないボールペンで記入してください。

①被保険者等 記号・番号	記号	1701	被保険者(申請者)の氏名	フリガナ		ハクホウ ハナコ	
	番号	81		白方 花子			
被保険者(申請者)の住所	〒161-0061 新宿区北新宿2-8-1			日中の連絡先 TEL 090 (0000) 0000 内線 12 - 3456 TEL 090 (0000) 0000			
②事務所の名称 および部署	株式会社 博報堂〇〇局			⑤第三者行為によるものですか いいえ・はい 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください			
③死亡した 年月日	令和	〇	年	〇	月	〇	日
④死亡原因	〇〇〇〇		⑤葬儀を行った 年月日		令和 〇年 〇月 〇日		
	⑥被保険者が死亡したための請求であるとき		(ア)被保険者氏名		白方 太郎		
⑦被扶養者が死亡したための請求であるとき	(ウ)埋葬に要した 費用の額		円		(オ)被保険者からみた 申請者との身分関係		
	(ア)被扶養者氏名		生年月日		昭和 平成 年 月 日 令和		
⑧該当する場合は記入してください		被保険者名		記号番号		被保険者氏名(世帯主)	
●被保険者が死亡したとき⇒当組合の資格喪失後、家族の被扶養者となり、3カ月以内に死亡した場合		●被扶養者が死亡したとき⇒被保険者資格喪失後、当組合の被扶養者となり、3カ月以内に死亡した場合		被保険者番号		被保険者との続柄	
⑨介護保険法の サービスを受けて いたとき		保険者番号		被保険者番号		保険者名称	
事業主の 証明欄	⑩死亡した方の 氏名	白方 太郎		⑪被保険者・ 被扶養者の別	被保険者	⑫死亡 年月日	令和 〇年 〇月 〇日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇年 〇月 〇日						
	事業主住所	港区赤坂5-3-1					
	⑬事業所名称	株式会社 博報堂					
事業主氏名		× × × ×					
⑭振込 希望銀行	金融機関 名称	〇〇〇〇		銀行	金庫	信金	本店
	預金種別	普通		口座番号 (右つめで記入)	×	×	×
	口座名義 (カタカナ)	ハ	ク	ホ	ウ	ハ	ナ
	口座名義の区分	1		1.申請者		2.代理人	

⑮受取代理の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日	
	氏名	住所		「被保険者(申請者)情報」の住所に同じ	
	代理人(口座名義人)	住所		TEL ()	
	氏名	(フリガナ)			
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄				受付日付印	