

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 タロウ	
	番号	81		白方 太郎			
被保険者(申請者)の住所	〒161-0061 新宿区北新宿2-8-1			TEL	090	(〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
②事務所の名称 および部署	株式会社 博報堂〇〇局			内線	12 - 3456	TEL 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
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		
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			(イ)葬儀を行った年月日	令和 年 月 日		
	(ウ)埋葬に要した費用の額	円		(オ)被保険者からみた申請書との身分関係			
⑦被扶養者が死亡したための請求であるとき	(ア)被扶養者氏名	白方 一郎	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日 平成 令和	被保険者との続柄	父	
⑧該当する場合は記入してください							

- 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

保険者名	記号番号	被保険者氏名(世帯主)	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 一郎	⑪被保険者・ 被扶養者の別	被保険者 被扶養者	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 その他()		本店 支店 本店営業 出張所	
	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	タ ロ ウ	口座名 義の区 分	1 1.申請者 2.代理人

「2.代理人」の場合は必ず記入してください。

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