

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被保険者証の記号・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		
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 (0000) 0000		
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	白方 太郎		(イ)葬儀を行った年月日	令和 〇年 〇月 〇日	
	(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	妻	
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	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄		

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

被保険者名	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 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) その他	〇〇〇〇	本店 支店	本店営業 出張所
	預金種別	普通	口座番号(右づめで記入)	×	×
	口座名義(カタカナ)	ハ ク ホ ウ	ハ ナ コ	口座名義の区分	1

「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)氏名	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
	代理人(口座名義人)住所	〒 (フリガナ)			住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)氏名	TEL ()			

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

受付日付印