

| | | |
|-------|----------|---|
| 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 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 (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 | | |
| 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 平成 令和 | 〇年 〇月 〇日 | 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

| | | | |
|-----------------------------|-------|-------------|----------|
| 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 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。 | | | | | |
| | 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 其他) | | | | 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 | 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) | 氏名 | 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) | 住所 | 〒 (フリガナ) | | | |
| | | 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