

日清製粉健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

下記の通り請求致します 在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。

請求者の住所

氏 名 ⑩

昭和・平成 年 月 日生

支 給 額	支 給 決 議 書				決定	令和 年 月 日
	常務理事	事務長		給付		
						令和 年 月 日
資格取得					平成・令和 年 月 日	
資格喪失					令和 年 月 日	

被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

被保険者証の 記号と番号	記号 番号	事業所の名称		
死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡の原因		
被 保 険 者 が 死 亡 し た た め の 請 求 の と き は、 そ の 者 の				
氏 名		生年月日		埋葬に要 した費用
被 保 険 者 の 標準報酬等級	第 級	死亡した被保険者と 請求者との身分関係		
被 扶 養 者 が 死 亡 し た た め の 請 求 の と き は、 そ の 者 の				
氏 名		生年月日		被保険者 との続柄

死亡した者の氏名		死亡した者は 被保険者ですか	被保険者で ある ない
死亡した年月日	令和 年 月 日死亡		
上記の通り相違ないことを証明します			
令和 年 月 日			
事業主住所			
氏 名 ⑩			