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　東京都千代田区神田錦町 1-25

氏　　名　日清　太郎　㊞

昭和・平成　××　年　1　月　1　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	支出		
						支払	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 10 番号 1234567	事業所の名称	
死亡した年月日	令和 1 年× 月××日	死亡の原因	脳梗塞

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	日清　粉蔵	生年月日	昭和　××年 1 月 15 日	被保険者との続柄	父

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　　㊞