

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 ④

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	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)付加金請求書

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	記号 番号	事 業 所 の 名 称	
死亡した者の氏名		死 亡 した 者 と 被 保 険 者 と の 関 係	
死亡した年月日		死 亡 した 原 因	
備 考			