伺い年月日	年　月　日	支給額	法						常務理事	
支給決議書	資格 生年	年　月　日生							事務長	
	得	年　月　日取得								
	喪	年　月　日喪失							主任	
	最終標準報酬	千円								
	備考		請求者の被扶養者としての資格	有・無					担当者	

被保険者 埋葬料(費)請求書

請求者の記入欄					
① 請求者	住所	〒 TEL（　）－			
	氏名		② 亡被保険者との続柄		
③ 健康保険被保険者証の	記号		④ 事業所の名称所在地		
	番号				
⑤ 亡被保険者の氏名		年　月　日生	⑥ 亡被保険者の最終標準報酬	千円	
⑦ 死亡した日	年　月　日		⑧ 死亡の原因（傷病名）		
⑨ 埋葬を行った年月日	年　月　日		⑩ 埋葬に要した費用の総額	円	
⑪ 備考					

死亡証明 事業主の	上記の者　年　月　日死亡したことを証明します。 年　月　日 事業主 住所 氏名

年　月　日提出

受領委任の欄	本請求書に基づく給付金の受領を 事業所 氏名 に委任します。 請求者（委任者） 氏名

受付日付印

静岡県中部機械工業健康保険組合

[請求上の注意]

(1) 請求者が被保険者の生前、被保険者によって生計を維持されていた事実がない場合は、埋葬費となりますから健康保険組合までご連絡ください。

(2) 死亡証明は、事業主証明にかえて市区村町の埋（火）葬許可証（写）、死亡診断書（写）でも可能です。

(3) 死亡が第三者の行為によるものであるときは、その具体的状況を⑪備考欄に記入するとともに、所定の「健康保険　第三者行為による傷病届」を提出してください。又、死亡が病死、自然死以外の場合にもその原因を備考欄に具体的に記入してください。