

支給決定欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定年月日		年	月	日
				資格照合	取得 喪失	年	月	日
	標準報酬月額		千円		支給決定額	埋葬料（費）		
			埋葬料付加金					
	備考		合 計					

日鉄物産健康保険組合理事長 殿

健康保険

被保険者
家 族

埋葬料（費）
埋葬料付加金

支給申請書

										年	月	日	
被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る 欄	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	(記号)	(番号)	被 保 険 者 (請求者) の 氏 名	(フリガナ)								
	事業所の名称				印								
	被 保 険 者 (請 求 者) の 住 所	〒 — 電話 () —											
	死亡した者の 氏 名 等	氏 名		生年 月 日	年	月	日	被保険者 との続柄					
	死亡した年月日	年 月 日			死 亡 の 原 因 (傷 病 名 等)								
	死亡の原因は業務上によるものですか				1. は い (業務上)		2. いいえ (業務外)						
	死亡の原因は第三者によるものですか				1. は い		2. いいえ						
	◎ 被保険者が死亡したための請求であるときは、以下の項目も記入してください。												
	被保険者と請求者の関係	1. 配偶者 2. その他（具体的に：)											
	埋火葬した年月日	年 月 日			埋火葬に要した費用	円							
請求者名義の振込口座	銀行 支 普通 口座No. 信金 店 当座												
事業主が証明する欄	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 印												

(注) 1. 事業主の証明に代えて、「埋火葬許可証」または「死亡診断書」の写の添付でも差し支えありません。
2. 埋葬費（被保険者に家族がいなくとき）の請求の場合、必ず埋葬に要した費用に関する明細書等の証拠書類を添付してください。

受 付 印