

被 保 険 者
家 族

埋葬料（費）請求書

被保険者等 記号・番号		請求者の 住所氏名 及び印	印		
被保険者の勤務する 又は勤務していた 事業所名			給付金の受領は事業主に委任します。		
死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡した原因			
被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の					
氏名		埋火葬した 年月日	令和 年 月 日	埋葬に 要した費用	¥ (別添証拠書の通り)
被保険者の最後の 標準報酬月額	千円	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であるときは、その者の					
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日生	被保険者 との続柄	
第三者の行為によって死亡した場合には その事実並びに第三者の住所・氏名 (住所・氏名が不詳のときはその旨)					
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 被保険者でない	事業主の住所 氏名及び印	左記の通り相違ありません 印
死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡	委任を受けた給付金は貴組合との間で 定められた方法で受領します。		