

決 議 書 定	常務理事	事務長	係					決議年月日	年 月 日
	標準報酬月額			支給金額埋葬料(費)					
	,000								円

**被保険者
家族 埋葬料(費)請求書**

被 保 険 者 記 入 欄	① 記号番号	—	② 被保険者の氏名					③
	④ 事業所の所在地および名称							
	⑤ 死亡した者の氏名			⑥ 死亡した者の生年月日	年 月 日	⑦ 被保険者との続柄		
	⑧ 死亡年月日			⑨ 死亡原因				
	⑩ 埋葬を行った年月日			⑪ 埋葬に要した費用				
	上記により請求いたします。							
	<p align="right">年 月 日</p> <p align="center">⑫ 請求者と死亡した被保険者との続柄及び請求者の住所氏名</p> <p align="center">日本ペイント健康保険組合理事長 殿</p>							
	(事業所所属の方) ⑬ 委任状	表記請求金額の受領を _____ に委任する。						
		年 月 日 被保険者氏名						
	(任意継続の方) ⑭ 領収書	上記請求金額正に領収いたしました。						
	年 月 日 被保険者氏名							
⑮ 振込希望銀行名 ※事業所所属の方は記入不要	銀行 支店 普通・当座 口座番号[_____]							
	(フリガナ) 口座名義							

事業主が証明するところ	上記の者	年 月 日死亡した事を証明します。	年 月 日
	事業主氏名	住所	

※押印を省略する場合、事業主が以下の内容を確認し、確認欄にチェックして下さい。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。