

- 注1. ※印欄は記入しないこと。
 2. 死亡診断書を添付すること。
 3. 埋葬費の場合は、費用の領収書を添付すること。

埋葬料請求書	1014
家族埋葬料請求書	2014

常務理事	担当部長	課長	係長	係

※ 整理番号			被保険者のとき	氏名				
被保険者証	記号			生年月日	昭和 平成	年	月	日生
	番号			標準報酬月額				千円
資格取得年月日		昭和 平成		年	月	日	死亡した被保険者と請求者との続柄	
資格喪失年月日		令和	年	月	日	死亡年月日	令和 年 月 日	
死亡の原因(傷病名)				埋葬年月日	令和	年	月 日	
※ 決定	金額		円	老人保健	市町村番号			
					受給者番号			
					発行機関名			
被扶養者のとき	氏名		死亡が第三者行為によるものなるときはその事実並びに第三者の氏名及び住所(氏名、住所不明なるときはその旨)					
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生			
	続柄							

上記のとおり請求します。なお本金額の受領方を下記の事業主に委任します。

令和 年 月 日

請求者の
住所氏名

死亡に関する 事業主の証明	令和 年 月 日 死亡したることを証明する。	事業所の 名称 事業主の 氏名	
------------------	---------------------------	--------------------------	--