

支給決定伺		同年月日	令和	年	月	日
		決裁年月日	令和	年	月	日
支給決定額		常務理事	事務長	課長	係	
法定	円					
付加	円					

被保険者 埋葬料 請求書  
家族 埋葬料付加金

被保険者等 記号・番号	記号 番号	事業所の称	
資格取得日 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	死亡日 年 月 日	令和 年 月 日
資格喪失日 年 月 日	令和 年 月 日	埋葬日 年 月 日	令和 年 月 日
死亡した被保険者の氏名 ・生年月日	昭・平・令 年 月 日	死亡した原因	
被保険者と埋葬した者との続柄		*埋葬に要した費用	円
死亡した被扶養者の氏名・生年月日	(氏名) 昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄	
死亡原因が第三者の行為の場合はその事実並びに住所・氏名			
死亡に関する事業主の証明	上記の通り相違ないことを証明します 令和 年 月 日 事業主(又は代理人) 住所 氏名 (印)		

◎請求上の注意

- この様式は被保険者又は被扶養者が死亡した場合に、埋葬料及び埋葬料付加金の請求をするものです。
- この請求をする時は、この様式に記入のうえ、会社の証明を受けて当組合に提出して下さい。
- この請求が被保険者である場合は、請求書の表題の「被保険者」を○で囲み、被扶養者である場合は、「家族」を○で囲んで下さい。
- 「死亡した被扶養者の氏名・生年月日」欄は、被扶養者の死亡の場合に限って記入して下さい。
- \*印箇所は被保険者埋葬料の請求に限り、埋葬に要した費用及び振込希望先口座を記入して下さい。

上記のとおり請求します  
令和 年 月 日

**BIPROGY健康保険組合 御中**

上記金額受領方を 〇 に委任します

請求者 〒  
住所  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話 \_\_\_\_\_

\* 振込希望口座 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店 普通 NO. \_\_\_\_\_  
当座

口座名義(フリカナ) \_\_\_\_\_

確認欄	自著の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。
<input type="checkbox"/>	

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)