支払年月日	年　月　日
支　給　額	円
決定標準報酬月額	千円
備考	

常務理事	事務長		係
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日

埋葬料（費）　請求書

被保険者
家　族

令和 1 年 5 月 30 日請求

請求者が記入するところ	被保険者	被保険者等 記号 番号	記号	1000	被保険者の 氏名 生年月日	宝　純一
			番号	1234		(昭)・平・令 44 年 10 月 10 日
		被保険者の勤務していた、又は勤務している事業所の	名称	宝酒造株式会社　○×支社		
			所在地	東京都中央区・・・2丁目15－10　○○○ビル		
	死亡した者	氏名		生年月日		被保険者との続柄
		宝　純一		(昭)・平・令 44 年 10 月 10 日 満（ 50 歳）		本人
		死亡した年月日	令和 1 年 5 月 15 日	死亡した原因（病名）	心不全	
	請求者	請求者の氏名	宝　純子　(印)	死亡した者と請求者の身分関係	妻	
		請求者の（申請者）現住所	〒192－8507　TEL 0426－1234－×××× 東京都八王子市○○○町1234			
		第三者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及び氏名（住所及び氏名が不詳であるときはその旨）				
		備考	○×銀行　△△支店　普通　1234567　タカラ　ジュンコ			

被保険者本人の死亡の場合は、請求者本人の振込口座を記入してください

委任状	私は　を代理人と定め令和　年　月　日に請求した　被 金　円也の受領方を委任します。 令和 本　人　住所 氏名　印 代理人　住所 氏名　印

被保険者本人の死亡の場合は、請求者本人に直接支給するので、記入不要です

領収書	金　円　也但し　年 上の金額を領収いたしました。 宝グループ健康保険組合 理事長　殿　住所 受領者 氏名　印

通常は、現金支給しないので、記入不要です

事業主の証明	死亡した者の氏名		事業主の住所氏名及び印
	死亡した者	被保険者・被扶養者	事業主記入欄ですので、記入不要です
	死亡した年月日	年　月　日	印

＊受　付　印

※事業主の証明を得ない場合は、この請求書に「死亡診断書の写」もしくは「埋葬許可書の写」を添付のこと

宝グループ健康保険組合

支払年月日	年　月　日
支　給　額	円
決定標準報酬月額	千円
備考	

常務理事	事務長		係
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日

被保険者

埋葬料（費）　請求書

家　族

令和 1 年5月３０日請求

請求者が記入するところ	被保険者	被保険者証の記号番号	記号	1000	被保険者の氏名	宝　純一郎
			番号	1234	生年月日	昭・平・令　60 年 10 月 10 日
		被保険者の勤務していた、又は勤務している事業所の	名称	宝酒造株式会社　○×支社		
			所在地	東京都中央区・・・２丁目15－10　○○○ビル		
	死亡した者	氏名		宝　うめこ	生年月日	昭・平・令　30 年 10 月 10 日　満（ 64 歳）
		被保険者との続柄		母		
		死亡した年月日		令和 2 年 6 月 15 日	死亡した原因（病名）	心不全
	請求者	請求者の氏名		宝　純一郎　印	死亡した者と請求者の身分関係	長男
		請求者の（申請者）現住所		〒192－8507　ＴＥＬ　0426－1234－×××× 東京都八王子市○○○町1234		
		第三者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及び氏名（住所及び氏名が不詳であるときはその				
		備考				

家族の死亡の場合は、健保組合から会社に対して給付金をいったん支払い、会社から被保険者に対して給与とともに支払いますので、会社に受領を委任するという意味で記入が必要になります

委任状	
	私は　を代理人と定め令和　金　円也の受領方を委任します。
	令和 1 年 5 月 30 日
	本人　住所 東京都八王子市○○○町1234 氏名 宝　純一郎　印
	代理人　住所 氏名　印

会社で記入するので、記入不要です

通常は、現金支給しないので、記入不要です

領収書	
	金　円　也但し　年 上の金額を領収いたしました。 宝グループ健康保険組合　理事長　殿　住所 受領者 氏名　印

事業主の証明			事業主の住所氏名及び印	＊受付印
	死亡した者の氏名		事業主記入欄ですので、記入不要です	
	死亡した者	被保険者・被扶養者		
	死亡した年月日	年　月　日	印	

※事業主の証明を得ない場合は、この請求書に「死亡診断書の写」もしくは「埋葬許可書の写」を添付のこと

宝グループ健康保険組合