

支給決議書

(注意事項)

常務理事	事務長	部長	課長	合議	係

受付	令和 年 月 日
支払年月日	令和 年 月 日
資格取得	昭・平・令 年 月 日
資格喪失	令和 年 月 日

標準報酬額 千円	埋葬料	支給額 円
	埋葬料付加金	
	埋葬費	

被保険者家族 埋葬料(費)・埋葬料付加金請求書

令和 年 月 日

千葉県農協健康保険組合理事長 殿

請求者 住所
被保険者 氏名

② 被保険者の 記号 番号	③ 被保険者の服務する 名称 (していた)事務所所在地	
	④ 死亡年月日 令和 年 月 日	⑤ 死亡原因 業務上・業務外
⑥ 被保険者が死亡したとき	被保険者氏名 生年月日 昭和 年 月 日 埋葬した日 令和 年 月 日	被保険者に対する 請求者の続柄 埋葬に要した費用 円
⑦ 被扶養者が死亡したとき	死亡者名 生年月日 昭和 平成 年 月 日	被保険者との続柄
⑧ 第三者の行為により死亡したとき	事故の状況 加害者の氏名	住所

⑨ 死亡した者の氏名	死亡した年月日 令和 年 月 日
上記のとおり証明します 令和 年 月 日	
⑩ 所在地 事業所の名称 事業主の氏名	

被保険者死亡の場合の請求者の口座

受付印

(フリガナ)	金融機関コード	店舗コード	口座種目	口座番号
口座名義	振込先金融機関名	支店名		
()			普通	
			当座	

一、死亡に関する事業主の証明が得られないときは、埋葬料付加金請求書・死亡診断書・死体検案書又は検死調書の写のいずれか一つを添付して下さい。
二、被扶養者ではない親族の方が請求する場合は、被保険者との続柄を確認できる戸籍謄本等の写しを添付して下さい。
三、死亡した被保険者に被扶養者がなく、それ以外の人が埋葬を行ったときは、埋葬に要した費用の詳細な領収書を添付して下さい。