

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

支給額	円
埋葬料	円
埋葬料付加金	円
埋葬費	円
埋葬費付加金	円

支給支払決議書			
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

(注意事項)

ア、標題の「被保険者」の文字は、必ず「被保険者」の文字を○で囲むこと。
 イ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 ウ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 エ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 オ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 カ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 キ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 ク、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 ケ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 コ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 サ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 セ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 ソ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 タ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 テ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 ト、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 ナ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 ニ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 ネ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 ノ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 ハ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 ヒ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 ホ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 ヘ、被保険者が死亡したとき、その死亡した原因を記載すること。
 火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検死調査書の写を添付して下さい。

被保険者 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

① 被保険者証 記号・番号	第 号	② 被保険者の勤務 していた、または 勤務している 事業所の	(ア) 名称	
			(イ) 所在地	〒
③ 死亡した 年月日	年 月 日	④ 死亡 原因		
⑤ 被保険者が死 亡したための 請求であるとき はその者の	(ア) 氏名	(イ) 埋葬した 年月日	年 月 日	(ウ) 埋葬に要 した費用 金 円
	(エ) 被保険者 の(最後) の標準報 酬月額	千 円	(オ) 死亡した被 保険者と請 求者との身 分関係	
⑥ 被扶養者が死 亡したための 請求であるとき はその者の	(ア) 氏名	(イ) 生年月日	明昭 ・ 大平 年 月 日	(ウ) 被保険者 との続柄
⑦ 老人保健法の 医療をうけて いたとき	市町村 番号	受給者 番号		発行 機関名
⑧ 備 考				
⑨ 振込希望の銀行	銀行	支店 (普通 当座 第 号)		
上記のとおり請求します。 年 月 日 ⑩ 〒 請求者の住所 氏名 ⑪ 印 セメント商工健康保険組合理事長 殿 ⑫				

⑬ 委任状	私は 年 月 日 請求した 被保険者 家族 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金 のうち 年 月 日 請求者の ⑭住所 〒 ⑮氏名 〒 ⑯住所 〒 ⑰氏名 代理人の ⑱氏名	⑯ 印 ⑱ 印
⑲ 振込希望の銀行	銀行	支店 (普通 当座 第 号)

⑳ 領収書	金 円但し うへの金額を領収いたしました。 年 月 日 セメント商工健康保険組合理事長 殿 受領者：住所 〒 氏名 印
-------	--

事業主の証明	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡
うへのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 〒 事業主：住所 氏名 印			

