		銀行	□座	普通
		支店		当座
口座番号				その他
コウザメイダ				

支給決定伺

支 給 額		常務理事	事務長	課長	担当
埋葬料（費）	円				

被保険者
家 族 埋葬料（費）請求書

被保険者証の 記号と番号	記号 番号	事業所の名称 および所属	内線		
死亡年月日	平成・令和 年 月 日	死亡の原因			
被保険者が 死亡の場合	被保険者氏名	埋葬した年月日	令和 年 月 日		
	死亡した被保険者 と請求者との続柄	標準報酬 月額	円 埋 葬 に 第 級 要した費用	円	(証拠書添付)
被扶養者が 死亡の場合	死亡者 氏 名	生年 月 日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄	
死亡が第三者の 行為による場合	氏 名	住 所			
	(不詳である時にはその旨)				
	事故の状況				
事 業 主 の 証 明	死亡した 者の氏名	被 保 険 者 被 扶 養 者	被保険者・被扶養者		
	死亡した 年 月 日	平成・令和 年 月 日	死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所（所在地） 氏 名（名称及び代表者氏名）				
上記のとおり請求いたします。 令和 年 月 日 〒 住所 リガナ 請求者 氏名 沖電気工業健康保険組合理事長 殿					

(注) 死亡診断書、埋葬許可証、火葬許可証などを添付して下さい。

a1005-0507