

月 日 支給決定	埋葬料（費） 家族埋葬料	支給決定額	標準報酬 月 額	常務理事	事務長	確認	担当者
			千円				
		円					

## 埋葬料・埋葬費 家族埋葬料 請求書

請求者が記入するところ	被保険者証 記号・番号		事業所 の名称				
	所属コード		氏名コード		内線番号		
	亡くなった方の氏名			生 年 月 日		家族埋葬料の場合 被保険者との続柄	
				昭 平 令	年 月 日生		
	死亡の 原因		死亡年月日	令和	年 月 日	第三者の行為によるものですか いいえ ــــــــ  はい	
	埋葬を行った日	令和	年 月 日	埋葬費請求の場合は 埋葬に要した 費用の額	円		
	払渡希望の銀行	銀行	支店	普通 当座 No.	フリガナ 名義人		

上記による 埋葬料  
埋葬費 家族埋葬料 を請求します

令和 年 月 日  
村田製作所健康保険組合 御中

（埋葬料(費)の請求の場合）  
死亡被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

〒 ー

請求者 住 所  
氏 名  
電話番号 印

事業主が証明する欄	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	令和	年 月 日死亡
	うえのとおり相違ないことを証明します。					令和	年 月 日
	住 所 〒						
	事業主 氏 名		印	電話 (	局)	番	

※太枠の中のみ記入して下さい。

(Y10)