

支 給 決 定 伺					
支 給 決 定		令 和	年	月	日
標 準 報 酬 月 額	円 (等級)		常 務 理 事	事 務 長	担 当
支 給 額	法 定 給 付	円			
	付 加 給 付	円			
	合 計	円			

被保険者
被扶養者

埋葬料（費）支給請求書

社 員 番 号	X X X X		被保険者氏名	健保 隆	
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日		死 亡 年 月 日	令和4年1月20日	
埋 葬 年 月 日	令和4年1月26日		埋 葬 に 要 し た 費 用	300,000 円	
死 亡 し た 原 因	肺 炎				
死 亡 し た 者 の 氏 名 ・ 生 年 月 日	健保 隆正		昭 和 28 年 9 月 1 8 日	被保険者との 続 柄	父
第三者行為によるとき はその事実並びに 住所・氏名	〒 —				
給付金の受領について（どちらかご記入下さい）					
■1. 在職中の方		事業主に委任します。 被保険者氏名 健保 隆 令和4年2月9日			
□2. 資格喪失後の方・在職中で 給与口座以外を希望の方 (振込口座記入)		銀行 口座番号（普通）			
		支店 口座名義（ｶﾅﾅ）			
死 亡 に 関 す る 事 業 主 の 証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業主証明（記入不要）				

令和4年2月9日

上記のとおり請求します。

住 所 〒143 - 0016

被保険者

東京都大田区大森北2-13-X

電話 03 (4590) XXXX

氏 名

健 保 隆

ディスコ健康保険組合理事長 殿

Rev.2023/04

◎請求上の注意
一、この様式は、被保険者又は家族が、死亡した場合に、埋葬料（費）の請求をするものです。
二、この請求をするときは、この様式に記入の上会社（被保険者）の証明を受けて、組合に提出してください。
三、この請求が被保険者である場合は、請求書の表題の「被保険者」を、被扶養者である場合は、「被扶養者」を○で囲んで下さい。

受付日付印