

支給決定伺						支給支払決定				
						年 月 日				
被保険者 家族	埋葬料(費)		万	千	百	拾	円	常務理事	事務長	担当

被保険者 家族 埋葬料(費) 請求書

請求者記入欄	被保険者証の記号番号		事業所名称			
	被保険者又は請求者の住所氏名印	住所 氏名 ㊟				
	死亡年月日	年	月	日	死亡の原因	
	被 保 険 者 が 死 亡 し た 場 合					
	死亡した被保険者氏名					
	埋葬した年月日	年	月	日	死亡した被保険者と請求者との続柄	
	被 扶 養 者 が 死 亡 し た 場 合					
	その者の氏名		生年月日	年	月	日

事業主記入欄	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	年 月 日 死 亡		
	上記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 ㊟			