

支払年月日	※令和	年	月	日	常務理事	事務長	課長	係	資格取得	年	月	日
支給額				円					資格喪失	年	月	日

被保険者
 被扶養者 埋葬料（費）請求書

令和 1 年 8 月 20 日 請求

請求者	被保険者	被保険者証の記号番号	記号 11	被保険者の氏名 光学 一郎	1234	生年月日 S・H 35 年 11 月 10 日
		被保険者の勤務していた、又は勤務している事業所	名称 オリンパス株式会社	所在地 東京都新宿区西新宿 2-3-1 新宿モノリス	内線 (750-1234)	
記入	死亡した者	氏名	光学 一郎	生年月日	S・H・R 35 年 11 月 10 日 満 (58 歳)	被保険者との続柄 本人
		死亡した年月日	令和 1 年 7 月 7 日	死亡した原因 (病名)	心不全	
		請求者の氏名	光学 花子	死亡した者と請求者の身分関係	妻	
入する	請求者	請求者の (申請者) 現住所	〒 100-1234	TEL 03-1234-1234	東京都〇〇市〇〇町1234	
		第三者行為によって死亡した場合にはその事実並びに第三者の住所及び氏名				
		銀行コード	① 0123	銀行名	〇〇銀行	
とこ	振込を希望する銀行	店番号	123	支店名	幡ヶ谷支店	
		預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1234567	
		口座名義	カタカナ (必ず記入)		コウガク ハナコ	
			漢字		光学 花子	

注) 請求者以外の口座に振込を希望する場合は「受取代理人の欄」に請求者本人と代理人を記名、捺印すると共に「委任者と代理人との関係」にその関係を記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	委任者と代理人との関係	令和 年 月 日
	本人 住所 氏名	代理人 住所 氏名	

備考	被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要) には、備考欄に記載して下さい。 個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス (□)」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 <input checked="" type="checkbox"/>)
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※事業主の証明	死亡した者の氏名	事業主の住所氏名及び印		※受付印
	死亡した者	被保険者・被扶養者	所属先の総務の担当に提出すると事業主名で証明してくれます	
	死亡した年月日	令和 年 月 日		

注) この請求書に「死亡診断書の写」もしくは「埋葬許可書の写」を添付してください
※印欄には記入しないでください。