

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 4 年 10 月 20 日 請求

請求者	被保険者証の記号番号	記号 11 番号 1234	被保険者の氏名 生年月日	光学 一郎 昭和・平成 40 年 11 月 3 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 所在地	オリンパス株式会社 東京都新宿区西新宿 2-3-1 新宿モノリス 内線 (750-1234)	
	死亡した者	氏名 光学 花子	生年月日 昭和・平成・令和 40 年 12 月 1 日 満 (56 歳)	被保険者との続柄 妻
記入する	請求者の氏名	光学 一郎	死亡した者と請求者の身分関係	夫
	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
この銀行振込を希望する	銀行コード	① 0123	銀行名	〇〇銀行
	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) 漢字	コウガク イチロウ 光学 一郎	

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。 □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"/> ）
	・「公金受取口座登録制度」を利用する場合は、本申請の前に口座登録の手続きを行い、下記に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。（上記口座欄の記入不要） □マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

※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。

**\*印刷はA4でお願いいたします。**

**【記入上の注意】ボールペン等の消せないペンで記入してください。**

**全ての被保険者は銀行振り込みで給付します。**

- ① 銀行に振込ますので、「振込を希望する銀行」の欄に記入してください。請求者本人以外の名義口座に振込を希望する場合は、受取代理人の欄に記入してください。
- ② 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入すると共に「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
- ③ 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して氏名欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入してください。
- ④ ※印欄には記入しないでください。

**【添付書類】**

「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