

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)	
	死亡した者	氏名 光学 花子	生年月日 S・H・R 35 年 10 月 1 日 満 (58 歳)	被保険者との続柄 妻		
		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			
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 東京都〇〇市〇〇町1234	TEL 03-1234-1234				
とこ	振込を希望する銀行	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。 <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。