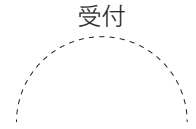


埋葬料・埋葬費支給決定伺			部 長	課 長	審 査 (係)
支給決定額	法 定	¥ _____			
	計	¥ _____	決定年月日	令和 年 月 日	
			処 理 区 分	1. 埋葬料 2. 埋葬費	
死亡年月日	令和 年 月 日		資 格	取 得	年 月 日
支払年月日	令和 年 月 日		格 喪 失		年 月 日



健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

(注) (注) 事業主の証明が受けられないときは、死亡診断書か市町村長の埋火葬許可証の写を添付して下さい。被保険者が自ら署名する場合は被保険者の押印は不要です。(受領委任欄には押印して下さい)

被 保 険 者 証 の	記 号	請 求 者 の氏名と印	被 保 険 者 死 亡 の 場 合 は 配 偶 者 又 は 家 族		
	番 号			続 柄	
記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください					
請 求 者 の 現 住 所					
事 業 所 の 名 称		標 準 報 酬 月 額	千 円		
被 保 険 者 が 死 亡 したときはその氏 名	昭・平 年 月 日 (男・女)		死 亡 年 月 日	令 和 年 月 日	
			死 亡 原 因		
被 扶 養 者 が 死 亡 したときはその氏 名	昭・平・令 年 月 日 (男・女)		死 亡 年 月 日	令 和 年 月 日	
			死 亡 原 因		
事 業 主 の 証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 事業主 名 称 氏 名				

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日請求

受 領 委 任	上記金額の受領方を	
		名 称
		事 業 主
		氏 名
	被 保 険 者 の 氏 名	殿に委任します