

埋葬料・埋葬費支給決定伺			業務部長	業務課長	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	

本所受付 1



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 番号	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		
		①	続柄	
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 ①			

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	殿に委任します
		被保険者の氏名	①