

支給金額	算定基礎	平成 年 月 日			
¥		常務理事	事務長	課長	係

被保険者

被扶養者 埋葬料請求書

被保険者証の記号・番号	〇〇 - 〇〇〇〇	事業所の名称	〇〇信用金庫		
死亡年月日	平成 〇〇 年 〇月 〇日		死亡の業務上業務外の別		
			① 業務外 ・ 2 業務上		
死亡原因(病名)	急性心不全		第三者の行為によるものですか		
			① いいえ ・ 2 はい		
被保険者が死亡した為の請求であるとき	被保険者の氏名		被保険者と請求者との身分関係	標準報酬月額	千円
	埋葬した年月日	平成 年 月 日	埋葬に要した費用の額		円
被扶養者が死亡した為の請求であるとき	被扶養者の氏名 信金 花子 生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日 続柄 妻				
備考※					

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

上記のとおり請求いたします。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者住所 札幌市中央区北4条西5丁目1-4  
(請求者)

氏名 信金 太郎



事業主の証明欄	死亡した者の氏名	信金 花子	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所名称 〇〇信用金庫 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 事業主氏名 理事長 〇〇 △男				



注 埋葬費請求の場合は埋葬に要した費用を証明する証拠書(領収書)を添付すること。