

受付年月日	年 月 日	常務理事	事務局長	業務部長	課 長	担当者
伺 年月日	年 月 日					
決 裁 年月日	年 月 日					
支 給 額	円					
支給内訳	埋 葬 料	円	資 格 取 得	年 月 日		
	埋 葬 料 付 加 金	円				
	埋 葬 費	円	資 格 喪 失	年 月 日		
	埋 葬 費 付 加 金	円				

**被 保 険 者 家 族 埋 葬 料 ( 費 ) ・ 埋 葬 料 ( 費 ) 付 加 金 請 求 書**

① 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	—	② 被 保 険 者 の 勤 務 して いた、ま た は 勤 務 して いる 事 業 所 の 名 称	
③ 死 亡 した 年 月 日	年 月 日	④ 死 亡 原 因	
⑤ 被 保 険 者 が 死 亡 した た め の 請 求 である と き は そ の 者 の	(ア) 氏 名	(イ) 埋 葬 した 年 月 日	年 月 日
	(ウ) 埋 葬 に 要 した 費 用	金	円
(エ) 死 亡 した 被 保 険 者 と 請 求 者 と の 身 分 関 係			
⑥ 被 扶 養 者 が 死 亡 した た め の 請 求 である と き は そ の 者 の	(ア) 氏 名	(イ) 生 年 月 日	年 月 日
(ウ) 被 保 険 者 と の 続 柄			
⑦ 備 考			
⑧ 上 記 の と お り 請 求 し ま す。			
		〒	□□□□ — □□□□
年 月 日	請求者の住所	氏名	⑩
		電話	( )
栃木県農協健康保険組合理事長 殿			

【添付書類】 事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市区町村長の埋葬許可証の写し、火葬許可証の写し、死亡診断書の写し、死体検案書の写し、検視調書の写しのうち、いずれか1つを添付して下さい。

⑨ 振込希望の金融機関	農協・銀行	本所・支所, 本店・支店, 出張所
	口座番号 (普通・当座) No.	_____
	(フリガナ) 被保険者の口座名義	

⑩ 事業主の証明	死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日	死亡	
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	年 月 日	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名
				⑩

なお、振込口座については間違いの無いよう、振込口座のご記入をお願いします。