【記入例】　支給伺　　年　月　日

常務理事	事務長	主　査	担当者	支給額	埋葬料(費) 家族埋葬料	円	証返納
					埋葬付加金	円	
					合　計	円	

被保険者 / 被扶養者 埋葬料(費)請求書

請求者が記入するところ	死亡年月日	2024年　4月　1日		死亡原因 (傷病名)	心不全		第三者行為によるもので 有 (無)	
	被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	氏名		生年月日	年　月　日		続柄	
	被保険者又は被保険者であった者が死亡したための請求であるときはその者の	氏名	健保　太郎	標準報酬月額	590千円		被保険者であった者が死亡したとき	資格喪失年月日 2024年4月2日
		※ 埋葬した年月日	年　月　日	※ 埋葬に要した費用の額	円		備　考	
事業主又は医師が証明するところ	被保険者 ＿＿＿＿＿＿ は　年　月　日死亡したことを証明します。 被扶養者 ＿＿＿＿＿＿ 事業主代理人　医療機関　住所　氏名　電話							

※死亡年月日が分かる書類(写)の添付でも代用可です。

(注)※は被保険者又は被扶養者が請求の場合は不要です。

(様式給第十二号)

上記のとおり申請いたします。

2024年　7月　20日

東京電力健康保険組合理事長 殿

被保険者	所属事業所名	HD　オフィスサービスセンター
	社員番号	1234567
	現住所	〒116-8550 東京都荒川区東尾久〇-〇-〇
	氏名	健保　太郎
請求者 (被保険者死亡の場合のみ)	フリガナ 氏名	ｹﾝﾎﾟ　ｻｸﾗ　　続柄　(妻) 健保　さくら　　電話　03-0000-0000
	住所	〒116-8550 東京都荒川区東尾久〇-〇-〇
	振込先	三井住友　銀行　日比谷　支店 (普通) 当座)　口座番号　1234567
	扶養者以外の方が請求される場合は、会葬礼状など埋葬を行ったことがわかる書類の写しを添付してください。	

※押印は廃止となっております。