

| | |
|-----|-------|
| 受 付 | 年 月 日 |
| 決 定 | 年 月 日 |

| | | |
|---------|--------|---|
| 支 給 額 | 円 | |
| 支 払 内 訳 | 埋 葬 料 | 円 |
| | 埋葬料附加金 | 円 |
| | 埋 葬 費 | 円 |
| | 埋葬費附加金 | 円 |

| | | |
|---------------|-------|-----|
| 支 給 支 払 決 議 書 | | |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| 資格取得 | 年 月 日 | |
| 資格喪失 | 年 月 日 | |
| 支払年月日 | 年 月 日 | |

被 保 険 者 被 扶 養 者 埋 葬 料 (費) ・ 埋 葬 料 (費) 附 加 金 請 求 書

| | | | | | | |
|--|--------------------------|-----------------|--------------|--------------|-------------|-------|
| 被保険者証 記号・番号 | — | | 事業所 名称 | | | |
| 被保険者 氏 名 | | | 死亡者 氏 名 | 死亡者 生年月日 | 昭 平 令 | 年 月 日 |
| 死 亡 年 月 日 | 年 月 日 | | 被保険者 との続柄 | 死 亡 原 因 | 年 月 日 | |
| 被保険者 死亡の場合 | 請求者氏名 | | | | 埋 葬 年月日 | 年 月 日 |
| | 被保険者と 請求者の続柄 | 埋葬に要 した費用 | | 円 ※ 証拠書添付 | | |
| 死亡が第 三者の行為 による場合 | 加 害 者 氏 名 | ※ 不詳であるときはその旨記載 | | | | |
| | 加 害 者 住 所 | | | | | |
| | 事故の状況 | | | | | |
| 備 考 | (個人番号を記載したい方は備考欄に記載できます) | | | | | |
| 振込先銀行 | 銀行 | 支店 | 当座 普通 | ふりがな 口座名義 | | |
| 上記のとおり請求します。 年 月 日 住 所 氏 名 ジャックス健康保険組合 理事長 殿 | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------|--|-------|--|--------------|-------|-------------------|
| 事 業 主 の 証 明 | 死亡した 者の氏名 | | | 被保険者 被扶養者 | の別 | 被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者 |
| | 死亡した年月日 | 年 月 日 | | 死 亡 | 年 月 日 | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 住 所 (所在地) 事業主 氏 名 (名称及び代表者氏名) | | | | | |

| | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|
| 委 任 状 | 私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 _____ 年 月 日請求した被保険者埋葬料(費)・被保険者埋葬料(費)附加金のうち 金 _____ 円也の受領に関する事。 _____ 年 月 日 請求者 住 所 氏 名 代理人 住 所 氏 名 | | | | | |
| | 振込先銀行 _____ 銀行 _____ 支店 _____ 当座 _____ 普通 _____ ふりがな _____ 口座名義 | | | | | |

