

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		
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。 年 月 日 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 _____ 円也の受領に関すること。 _____ 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	

