

支払年月日	※ 年 月 日	常務理事	事務長	課長	係	資格取得 年 月 日
支給額	円					資格喪失 年 月 日

被保険者
 被扶養者

埋葬料（費）請求書

平成28年1月6日 請求

請求者	被保険者	被保険者証の記号番号	記号 11 番号 1234	被保険者の氏名 光学 一郎 生年月日 昭和33年7月7日	印		
		被保険者の勤務していた、又は勤務している事業所	名称 オリンパス株式会社 所在地 東京都渋谷区幡ヶ谷1234	内線 (770-1234)			
記入するところ	死亡した者	氏名	光学 花子	生年月日	昭和33年8月7日	被保険者との続柄	妻
		死亡した年月日	平成28年12月15日	死亡した原因(病名)	満 (58 歳)	心不全	
		請求者の氏名	光学 一郎	死亡した者と請求者の身分関係	夫		
銀行	振込を希望する	銀行コード	10000	銀行名	〇〇銀行		
		店番号	100	支店名	幡ヶ谷支店		
		預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	234567		
口座名義		カタカナ (必ず記入)	コウガク イチロウ				
		漢字	光学 一郎				

注) 請求者以外の口座に振込を希望する場合は「受取代理人の欄」に請求者本人と代理人を記名、捺印すると共に「委任者と代理人との関係」にその関係を記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	委任者と代理人との関係
	本人 住所 氏名 _____ 印	代理人 住所 氏名 _____ 印

備考	被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）には、備考欄に記載して下さい。 個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス ()」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。（委任する場合 <input checked="" type="checkbox"/> ）
----	---

※事業主の証明	死亡した者の氏名	事業主の住所氏名及び印			
	死亡した者	被保険者・被扶養者	所属先の総務の担当に提出すると事業主名で証明してくれます		
	死亡した年月日	平成 年 月 日			

※受付印

注) この請求書に「死亡診断書の写」もしくは「埋葬許可書の写」を添付してください
※印欄には記入しないでください。