

受付年月日	令和 年 月 日
伺年月日	令和 年 月 日
支給額	円
資格取得	年 月 日
資格喪失	令和 年 月 日

支給支払決議書			
常務理事	事務局長		担当
決裁年月日	令和 年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日		

被保険者
家族 埋葬料（費）請求書

被保険者証 の記号・番号	記号	番号	事業所 の名称
死亡した 年月日	年 月 日		死亡 場所
被保険者が 死亡の場合	被保険者の氏名		標準報酬月額 千円
	請求者の氏名		死亡した被保険者 と請求者の続柄
死亡した場合	埋葬した 年月日	令和 年 月 日	埋葬に要 した費用 ※ 円
被扶養者が 死亡の場合	死亡者 氏名	生年 月日	昭 平 令 年 月 日 被保険者 との続柄
死亡原因	病 気 ・ 事 故		病名
	(不詳であるときはその旨) 事 故 の 状 況		
振込を希望する銀行等の名称		預金の種類及び口座番号	
銀行 信用金庫		支店	正確に「フリガナ」をふってください
普通 口座番号		フリガナ	口座名義人
エンターテイメント健康保険組合 理事長殿		令和 年 月 日	
上記のとおり請求します。		請求者の 住所 氏名 Tel ()	
事業 主 の 証 明	死亡した 者の氏 名	被保険者 の別	被保険者 ・ 被扶養者
	死亡した年月日	年 月 日 死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		
住所			
事業所名			
事業主氏名			

※ 遺族以外の者が埋葬を行ったときは、埋葬に要した費用を記入し証拠書を添付して下さい。