

埋葬料 (費)
 埋葬附加金

請 求 書

請求年月日	令和 年 月 日	事業所 (会社) の名称			
被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(フリガナ)	
死亡年月日	令和 年 月 日	死亡の原因			
請求者氏名			被保険者と 請求者の 身分関係		
請求者連絡先 住所・電話番号	(〒 -)		(TEL :)		
埋葬費を請求 する場合	埋葬を行った 年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した 費用の額	円	
第三者の行為に因るものであるか否か			<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <small>※有の場合、「第三者の行為による傷病届」を併せてご提出ください。</small>		
事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明する。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号				
受取方法	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の振込先指定口座欄にご記入ください。) <b style="color: red;">注) 口座情報の反映には登録から数日を要します				
振込先 指定口座	金融機関名称	銀行		支店 (出張所)	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	
	口座名義				

K005

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
 二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印