

埋葬料(費)支給決定伺			常務理事	事務長	課長	係
支給決定額	法定	¥				
死亡年月日	年 月 日		資格	取得	年 月 日	
支払年月日	年 月 日		格	喪失	年 月 日	

受付

被保険者家族 埋葬料(費) 請求書

注、この請求書を提出するときは、死亡診断書か市町村長の埋火葬許可書の写を必ず添付して下さい。	被保険者証の	(記号)	請求者の氏名と印	被保険者死亡の場合は配偶者又は家族		
	(番号)	フリガナ				
	請求者の現住所					
	事業所の名称				標準報酬月額	千円
	被保険者が死亡したときはその氏名	年 月 日生 (男・女)			死亡年月日	年 月 日
					死亡原因	
	被扶養者が死亡したときはその氏名	年 月 日生 (男・女)			死亡年月日	年 月 日
					死亡原因	
	死亡が第三者の行為によるものであるときは、その住所・氏名(住所、氏名不詳のときはその旨)					

令和 年 月 日

和歌山県農協健康保険組合理事長 殿

名称
上記金額の受領を 事業主 氏名 に委任します
被保険者の氏名・印

※資格喪失後の被保険者（本人）が直接受領するときは、振込先JA名を、記入してください。

振込先JA名	JA	本店	名義人（上記請求者）
		支店	口座（種目・番号）