

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

資格情報のお知らせ等に記載の記号・番号をご記入ください。		被保険者証の(番号)	99	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)	999		フリガナ	ケンボ ハナコ 健保 花子	続柄 妻
請求者の現住所	和歌山市美園町5丁目1番地の1						
事業所の名称	〇〇農業協同組合			標準報酬月額	分からなければ記入不要です。 千円		
被保険者が死亡したときはその氏名	健保 太郎 昭和〇年 〇月 〇日生 (男・女)			死亡年月日	令和〇年 〇月 〇日		
				死亡原因	〇〇〇〇〇		
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)		該当される場合は、別途「第三者行為による傷病届」等をご提出ください。					

令和 〇年 〇月 〇日

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 〇〇農業協同組合 事業主〇〇 〇〇 に委任します
氏名
被保険者の氏名・印 健保 花子 (続柄:妻) 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)