

支給決定並び 支出伺	支給 金額	¥	常務理事	事務長	係
	款 項 目	3 - 1 -		取 得	年 月 日
	死亡年月日	年 月 日		喪 失	年 月 日
	支給決定年月日			報酬月額	千円
	支払年月日			備 考	

-----上記の欄は記入しないで下さい-----

被保険者
被扶養者 埋葬料(費)・請求書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	下記のとおり請求します。		〒□□□-□□□□		
	年 月 日		請求者住所 氏名及び印		
	長野県機械金属健康保険組合 殿		印		
	(死亡したる)被保険者の 記号番号及び勤務 している(た)事業所の名称	記 号	番 号	(死亡したる) 被保険者の 標準報酬 月 額	千円
	死 亡 年 月 日	年 月 日死亡		死亡の 原因	
	埋 葬 年 月 日	年 月 日		埋葬に要したる 費用の額	円
被扶養者の死亡で あるときはその者の	氏名	生年 月日	年 月 日生	続柄	
第三者行為に因るもの 時はその事実並びに 第三者の氏名住所 〔氏名・住所不詳〕 〔なるときはその旨〕					
事 業 主 の 証 明	死 亡 し た 者 の 氏 名			死亡した者は 1. 被保険者である。 2. 3カ月前まで被保険者であった。 3. 被扶養者である。	
	死 亡 年 月 日	年 月 日死亡			
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
	年 月 日				
	事業主 住所・氏名				
支 払 希 望 銀 行	銀行 金庫 農協		支店	(フリガナ) 名 義 人	
			普通・当座	口座番号	