

支給決定 伺	年 月 日		死亡年月日	常務理事	主任	担当
	支給額	円	年 月 日			
	備考					

## 埋葬料（費）請求書

被保険者証	記号					番号			
死亡した被保険者の氏名									
死亡した被保険者の生年月日	年		月		日		生		
死亡年月日	年		月		日				
死亡の原因									
埋葬を行った年月日	年		月		日		埋葬に要した費用額	金	円
死亡が第三者の行為による場合は、第三者の住所、氏名及びその時の状況	(住所)		(氏名)						
	(状況)								

上記によって金 50,000 円を請求します。

年 月 日

三井E&S健康保険組合 御中

請求者と死亡した被保険者との続柄 .....

請求者の住所 .....

氏名 ..... 印

上記金額を領収しました。

年 月 日

三井E&S健康保険組合 御中

氏名 ..... 印

振込希望 金融機関	銀行	口座番号	
	信用金庫	支店	フリガナ
	労働金庫		名義人氏名