

被保険者  
被扶養者

# 埋葬料・同付加金請求書

住友商事健康保険組合理事長殿

受付年月日

支給決定	年 月 日	本人	埋葬料 円
常務理事	事務長 担当者		埋葬料付加金 円
		家族	埋葬料 円
			埋葬料付加金 円

被保険者の 記号番号		事業所の名称	
死亡した被保険 者の氏名		死亡した被保険 者の生年月日	昭平令 年 月 日 請求者との続柄
死亡した被扶養 者の氏名		死亡した扶養 者の生年月日	昭平令 年 月 日 被保険者との続柄
死亡の年月日	令和 年 月 日	死亡の原因	(死亡診断書添付のこと)
第三者の行為によって死亡した 場合はその事実並びに第三者の 住所、氏名			
死亡に関する 事業主の証明	令和 年 月 日に死亡 したことを証明する	事業主名及び 証明印	印
備考 (振込希望の銀行名・支店名・種類・口座番号・名義人名およびフリガナ)			

上記により被保険者 埋葬料・埋葬料付加金  
家族 埋葬料・埋葬料付加金  
を請求致します

令和 年 月 日

住所

請求者

被保険者 氏名

印

(注) 該当事項の処のみ記入のうえ、その他は斜線にて抹消のこと。

## 委任状

上記記載の保険給付の受領に関する一切の権限を.....に委任します。

令和 年 月 日

委任者.....印

受任者.....印

受取代理人の欄