支給総額	常務理事	事務長	担当
50,000			

## 埋葬料請求書

## UACJ健康保険組合御中

	所属(身分関係)	氏名番号	被保険者(請求者)氏名
被保険者記入欄	名古屋製造所 鋳造課	99999	健保 太郎 健
	資格取得年月日	資格喪失年月日	
	平成 2 年 4 月 3 日	令和 4年 8 月 5 日	
	死亡した者の氏名	生年月日	被保険者との続柄
	健保 花子	明·大 (昭·平 36年7月28日	妻
	死亡年月日	埋葬した年月日	死亡原因
	令和 4年 8 月 5 日	令和 4年 8 月 5 日	病気
	標準報酬月額	第三者行為によるものですか	業務・通勤途上の災害ですか
		はい・いいえ	はい・いいえ

## \*被保険者本人死亡のための請求の場合は、下欄に払渡希望口座をご記入下さい。

銀行	・信金・金庫	本店・支	店・出張所	
口座種別(普通・当座)	口座番号(	)	フリガナ 口座名義人	

	死亡した者の氏名	死亡年月日					死亡原因	
7E	健保 花子	令和	4年	8	月	5	日	病気
死亡の								
の事実	上記の通り相違ないことを証明します。							
$\mathcal{O}$	令和 4年 8月 6日							

事業主または 所属長の氏名

株式会社UACJ名古屋製造所



電話番号 XXX ( XXX ) XXXX

_		.11.
ᅏ	Æ	₩ <del>-</del>
~	TT.	狀

私は

証明

を代理人と定め、次の権限を委任する。

 令和 4 年 8
 月 6
 日 請求した埋葬料のうち

円也の受領に関すること。ここの金額欄は記入不要です。

令和 4 年 8 月 6 日

住所 名古屋市××区×× 請求者

氏名 健保 太郎

代理人 住所

氏名