

被保険者
家族 **埋葬料(費)請求書**

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る 欄	被保険者証 の記号番号	159-	被保険者 の氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	
	被保険者の 住所	〒			〒	事業所 の名称	株式会社 マキタ
	死亡された 方の氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日		被保険者 との続柄	
	死亡年月日	令和 年 月 日	第三者行為に よるものですか?		はい いいえ		
	埋葬年月日	令和 年 月 日	死亡原因(病名)				
	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)氏名 _____ ㊦ マキタ健康保険組合 理事長 殿						
委任状	私は上記給付金の受領を下記の者に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)氏名 _____ ㊦						
受任者	安城市住吉町3-11-8 株式会社 マキタ 取締役社長 後藤 宗利						

事 業 主 の 証 明	死亡者の氏名	死亡年月日	死亡者の別
		令和 年 月 日	被保険者 被保険者ではない
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 愛知県安城市住吉町3丁目11番8号 株式会社 マキタ 取締役社長 後藤 宗利 ㊦		

<添付書類>

1. **死亡診断書(写)**を添付してください。
2. 被保険者死亡による請求の場合、相続者を請求者として申請してください。
その請求者が、マキタ健康保険組合における被扶養者でない場合には、
相続者であることのわかる書類の写しも添付してください。

マキタ健康保険組合 受付印