

受付年月日	令和	年	月	日
伺年月日	令和	年	月	日
決裁年月日	令和	年	月	日
支給額	円			
支給内訳	埋葬料	円		
	埋葬料付加金	円		
標準報酬月額	千円(第 級)			

理事長	常務理事	事務長	係員	係員

資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

### 被保険者・家族 埋葬料(費)付加金請求書

被保険者証の記号・番号	—	死亡した方の氏名	(昭・平・令 年 月 日生)		
死亡した年月日	令和 年 月 日	埋葬年月日	令和 年 月 日		
死亡の原因		埋葬に要した費用		標準報酬月額	千円
請求者の氏名			請求者と死亡した方との続柄		
払込希望銀行	銀行 支店 普通預金( )				
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日					
〒 —					
住所					
請求者の TEL — —					
氏名 ㊟					
天理よろづ相談所健康保険組合 理事長 殿					

事業主証明欄					
上記のとおり相違ないことを証する。					
令和 年 月 日					
事業所所在地		奈良県天理市三島町200番地			
事業所名称		公益財団法人天理よろづ相談所			
事業主氏名		理事長 増野 正俊 ㊟			