

支給支払決議書		常務理事	事務長		担当	
支給額	円	資格取得	年	月	日	
支給内訳	埋葬料	円	資格喪失	年	月	日
	埋葬料付加金	円	支払年月日	年	月	日

被保険者  
家族

## 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

請 求 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 の記号・番号	記号 番号	被保険者の氏名 と生年月日	昭・ 平・令	年	月	日
	事業所の名称						
	死亡した 年月日	令和	年	月	日	死亡原因	
	被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の						
	氏名	埋葬した年月日	埋葬に要した費用				
		令和	年	月	日	金	円
	被保険者の、最後の 標準報酬月額	千円	死亡した被保険者と 請求者の身分関係				
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の						
	被扶養者氏名	被扶養者の生年月日		続柄			
		昭・ 平・令	年	月	日		
	備考						
	振込先金融機関	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small> <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外は、届出いただいている口座へお振込みいたします。 <small>→お届け頂いていない場合は別途”健康保険給付金振込先届”にて申請ください。</small>					
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 請求者の 氏名 健康保険組合理事長 殿						

事 業 主 の 証 明	死亡した者 の氏名	死亡した者	被保険者・被扶養者			
	死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 事業主の 氏名					

※ 事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村名の埋葬許可書、火葬許可書の写、死亡診断書、死体検案書、検視調査書の写しを添付してください。