

支給支払決議書 (健康保険組合使用欄)

伺年月日		年 月 日			決定年月日			年 月 日			
支給額	法定	月額	千円	常務理事	事務長	担当者	資格	得	年	月	日
				喪	年	月	日				
	付加										

健康保険 被保険者 埋葬料 請求書
 家族 埋葬付加金

(注意事項)

2.1. 埋葬料を請求する場合は、死亡診断書(写)又は市町村長の埋葬許可証(写)を添付するか死亡に関する事業主証明のいずれかが必要です。
 3. 死亡が外傷で、その原因が相手のいない事故の場合は「傷害事故届」、相手がいる場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。

被保険者証の記号番号		請求者の氏名		㊟	
被保険者の住所		〒		電話	
被保険者の勤務する(していた)事業所	名称				
	所在地	〒			
死亡の日	年 月 日		死亡の原因	病死・事故死・その他 ()	
事故により死亡したとき	事故の状況				勤務中・勤務外通勤中
	加害者の	氏名			
住所					
被保険者の死亡の場合	被保険者氏名			被保険者に対する請求者の続柄	
	埋葬した日	年 月 日		埋葬に要した費用	円
家族の死亡の場合	家族氏名			生年月日	年 月 日 続柄
払渡希望の銀行等	銀行(フリガナ)			本店	口座番号
	ふりがな 口座名義			支店	
死亡した者の氏名				死亡の日	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。					年 月 日
事業所の所在地		事業所の名称		代表者	
㊟					

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付印