

|        |      |       |                |      |     |    |
|--------|------|-------|----------------|------|-----|----|
| ※支給決定伺 |      |       | 支給決定日 令和 年 月 日 |      |     |    |
| 支給額    | 法定給付 | 款 項 目 | 円              | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|        | 付加給付 | 款 項 目 | 円              |      |     |    |
|        | 合 計  |       | 円              |      |     |    |

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・付加金請求書

|                   |                                               |                |           |       |                |        |                          |                       |    |   |   |   |
|-------------------|-----------------------------------------------|----------------|-----------|-------|----------------|--------|--------------------------|-----------------------|----|---|---|---|
| 被保険者（請求者）が記入するところ | 被保険者証の記号番号                                    | 記号<br>番号       | 被保険者資格取得日 | 平成・令和 | 年              | 月      | 日                        | 被保険者資格喪失日<br>(喪失後の場合) | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|                   | 被保険者（請求者）氏名<br>生年月日                           | フリガナ           |           |       | 被保険者（請求者）住所    | 〒      |                          |                       |    |   |   |   |
|                   |                                               | 昭和・平成・令和 年 月 日 |           |       |                | 電話 ( ) |                          |                       |    |   |   |   |
|                   | 所属事業所及び部署名                                    | 電話 ( )         |           |       |                |        |                          |                       |    |   |   |   |
|                   | 死亡した年月日                                       | 令和             | 年         | 月     | 日              | 死亡原因   | 第三者の行為によるものですか<br>はい・いいえ |                       |    |   |   |   |
|                   | 被扶養者が死亡した場合<br>死亡した者の氏名・生年月日・続柄               | フリガナ           |           |       | 被保険者との続柄       | (備考)   |                          |                       |    |   |   |   |
|                   |                                               | 昭和・平成・令和 年 月 日 |           |       |                |        |                          |                       |    |   |   |   |
|                   | 被保険者が死亡した場合<br>死亡した者の氏名・生年月日・身分関係<br>葬祭日・葬祭費用 | フリガナ           |           |       | 被保険者と請求者との身分関係 |        |                          |                       |    |   |   |   |
|                   |                                               | 昭和・平成・令和 年 月 日 |           |       |                |        |                          |                       |    |   |   |   |
|                   | 生計維持されていなかった者が請求する場合                          | 埋葬した年月日        | 令和        | 年     | 月              | 日      | 埋葬に要した費用                 | 円                     |    |   |   |   |

※死亡についての事業主の下記証明欄の記入、又は、火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書（写）のうちいずれか1つを添付してください。

※被保険者が死亡した場合は、被扶養者または被扶養者以外の遺族（配偶者・子・父母・兄弟姉妹）が請求してください。  
被扶養者以外の遺族が請求される場合は、被保険者との続柄が確認できる書類（住民票・戸籍謄本等）を添付してください。

※被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬に要した費用の「領収書」（費用内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの）を添付してください。

|           |                     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|---------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業主の証明する欄 | 上記のとおり相違ないことを証明します。 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 令和 年 月 日            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 所在地                 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 事業主 氏名              | Ⓜ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 電話                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 委任状 | 私は、埋葬料・埋葬付加金の受領に関することを事業主に委任いたします。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 令和 年 月 日                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 被保険者氏名 Ⓜ                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|        |                                          |  |    |           |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|------------------------------------------|--|----|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 支払金融機関 | ※被保険者が死亡し、埋葬料（費）を受け取る人の金融機関振込指定先をご記入ください |  |    |           |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 銀行 本店                                    |  |    | 信用金庫 支店   |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 支店番号                                     |  | 普通 | 預金番号（右づめ） |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 名義人（フリガナ）                                |  |    |           |  |  |  |  |  |  |  |

令和 年 月 日提出  
受付日付印