

受付日付印

被保険者が死亡したとき

| | |
|--------|---|
| 支給額 | 円 |
| 埋葬料 | 円 |
| 埋葬料付加金 | 円 |
| 埋葬費 | 円 |
| 埋葬費付加金 | 円 |

| | | | |
|---------|-----|---------|---|
| 受付年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 同年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 決裁年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 支給支払決議書 | | | |
| 常務理事 | 事務長 | 事務課(係)長 | 係 |
| 資格取得 | 年 | 月 | 日 |
| 資格喪失 | 年 | 月 | 日 |
| 支払年月日 | 年 | 月 | 日 |

事業所担当印

健康保険

被保険者
家族

埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金請求書

提出年月日を記入してください。

令和〇年〇月〇日提出

| | | | | | | | |
|---|--|----------------------------|---|--|---------------------------------------|--------------|-----------------------|
| 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 1000 | 被保険者の勤務していた事業所の名称と住所を記入してください。 被保険者の勤務していた、または勤務している事業所の | 名称 TDK株式会社 | | | |
| | 記号番号 | 番号 123456 | | 所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇〇2-2-2 | | | |
| | 死亡した年月日 | 平成 30年 〇〇月 〇〇日 | 死亡原因 | 急性心不全 | | | |
| | 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 健保 花子 | 埋葬した年月日 平成30年〇〇月〇〇日 | 埋葬に要した費用 金 800,000 円 | | | |
| | 被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の | 被保険者の(最後の)標準報酬月額 440 千円 | 死亡した被保険者と請求者との身分関係 | 妻 | | | |
| | 老人保健法の医療を受けていたとき | 市町村番号 | 受給者番号 | 発行機関名 | | | |
| | ① 給付金振込先 | 〇〇 | 銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協 | 〇〇 | 本店 支店 出張所 | 預金種別 普通当座 | 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 |
| | フリガナ | ケンボ ハナコ | | ① 給付金振込先 健保から請求者へ直接支払います。 振込を希望する口座の情報を記入してください。 | | | |
| | 口座名義人 | 健保 花子 | | | | | |
| | 埋葬料(費)を請求する方の住所・氏名を記入し、捺印してください。 上記のとおり請求します。 | | | | 住所 〇〇〇-〇〇〇〇 神奈川県横浜市〇〇区〇〇〇町1-1-1 | | |
| TDK健康保険組合理事長 殿 | | | 請求者の氏名 健保 花子 | 印 | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------|---------------------------------|-------|------|-------|---------|-------|---|---|---|
| 事業主の証明するところ | 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 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 | | | | 事業所所在地 | | | | |
| | | | | | 事業所名称 | | | | |
| | | | | 事業主氏名 | 印 | | | | |