

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

事業所担当者印

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			事業主が記入し、押印してください。 ※会社の証明を受けて提出してください。但し、任意継続被保険者が死亡した場合は会社の証明は不要です。					
	事業所所在地			事業所名称			事業主氏名		