

受付日付印

被扶養者が死亡したとき

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
伺年月日	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

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又は勤務している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	肺炎
	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 金 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	死亡した被保険者と請求者との身分関係	
	老人保健法の医療を受けていたとき	氏名 ① 健保 康子	生年月日 昭和 平成 令和 23年9月1日	被保険者との続柄 母
		市町村番号	受給者番号	発行機関名
	給付金振込先は一般被保険者は給与振込しますので記入は不要。また任意継続被保険者につきましても指定口座に振込しますので記入は不要。			
	※被保険者以外の方が請求する場合のみ記入が必要です※ (ご不明な点がございましたら、お問合せください)			
	埋葬料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 請求者の氏名 健保 花子			

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。事業主が記入し、押印してください。但し、任意継続被扶養者が死亡した場合は会社の証明は不要です。				
	令和 年 月 日	事業所所在地		事業所名称	事業主氏名