

この欄は何も記入しないでください

|               |       |     |                      |     |       |  |   |   |   |   |   |
|---------------|-------|-----|----------------------|-----|-------|--|---|---|---|---|---|
| 本件支給決定してよろしいか | 常務理事  | 事務長 |                      | 担当者 | 支給決定額 |  |   |   |   |   |   |
|               |       |     |                      |     | 法定    |  | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|               | 死亡年月日 |     | 年 月 日 死亡             |     | 付加    |  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|               | 資格関係  |     | 年 月 日 取得<br>年 月 日 喪失 |     | 合計    |  |   |   |   |   |   |
| 備考            |       |     |                      |     |       |  |   |   |   |   |   |



(被保険者) 埋葬料 (費)  
健康保険 家族 埋葬付加金 請求書

|             |  |   |                       |   |   |                                  |
|-------------|--|---|-----------------------|---|---|----------------------------------|
| 請求者が記入するところ | ①被保険者証の記号番号  | 記 号 番 号<br>〇〇 ××××  | ②請求者の氏名               | 西日本 花子  |   |                                  |
|             | ③請求者の現住所   | 〒550-××××   |                       | 大阪市西区〇〇町××-×××<br>Tel.06-××××-△△△△                            |   |                                  |
|             | ④事業所の名称  | 〇×化成(株)   |                       |   |   |                                  |
|             | ⑤死亡した年月日   | 令和 3 年 4 月 2 日  | ⑥死亡した原因(傷病名等)         | 胃癌  |   |                                  |
|             | ⑦死亡の原因は業務上によるものですか   | はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> | ⑧死亡の原因は第三者の行為によるものですか | はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> |   |                                  |
|             | ⑨埋火葬した年月日  | 平成 30 年 4 月 5 日   | ⑩埋火葬に要した費用            | 200 万 円   |   |                                  |
|             | ⑪被保険者が死亡した為の請求であるときはその者の   | 被保険者の氏名   | 西日本 太郎                | 最終の標準報酬月額   | 300 千円                                    |                                  |
|             |  | 死亡した被保険者と請求者の身分関係(続柄等)  | 妻                     | 被保険者と請求者の間に生計維持関係はありましたか                                      | はい <input checked="" type="radio"/> (あった) | いいえ <input type="radio"/> (なかった) |
|             | ⑫請求被扶養者が死亡した為であるときはその者の  | 被扶養者の氏名、生年月日  | (昭 平 年 月 日)           | 被保険者との続柄  |   |                                  |
|             | ⑬死亡した者の氏名  | 西日本 太郎  |                       | ⑭死亡した者  | 被保険者 ・ 被扶養者                               |                                  |
| ⑮死亡した年月日    | 令和 3 年 4 月 2 日 死亡  |   |                       |   |   |                                  |
| 事業主が証明するところ | 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和3年4月10日  |   |                       |   |   |                                  |
|             | 事業所の 住所  | 大阪市西区〇〇町××-×××  |                       |   |   |                                  |
|             | 名称   | 〇×化成(株)   |                       |   |   |                                  |
|             | 事業主の 氏名  | 健保 太郎   |                       |   |   |                                  |
|             |  | Tel. 06-××××-××××   |                       | 担当者氏名 健康  |   |                                  |
| 振込先         | <input checked="" type="radio"/> 銀行・農協 △△ 信用金庫 信用組合                        | 本店・支店 <input checked="" type="radio"/> 出張所 支所                 | 預金種目                  | 口座番号  | 口座名義(フリガナ)                                |                                  |
|             |  |   | 普通 当座                 | 1 1 1 1 1 1   | (フリガナ) ニシニホン ハナコ<br>西日本 花子                |                                  |
| 委任状         | 私は、本請求に基づく給付金の受領を<br>住所 _____<br>氏名 _____ に委任します。<br>年 月 日<br>被保険者氏名 _____ |   |                       |   |   |                                  |

記入漏れが多い箇所となっております。