

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 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 被保険者の記号番号	記 号 番 号 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××-×××			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 〇〇 信用組合	本店・支店 出張所 支所	預金種目 <input checked="" type="radio"/> 普通 当座	口座番号 1 1 1 1 1 1		口座名義(フリガナ) (フリガナ) ニシニホン ハナコ 西日本 花子
委任状	私は、本請求に基づく給付金の受領を住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 _____					

記入漏れが多い箇所となっております。