

※ 伺・平成 年 月 日											
支 給 決 議 書	支 給 額		円	常務理事	事務長	部 長	課 長	担当者	資 格	得	年 月 日
	支 給 決 定 額		円							喪	年 月 日
	法 定 付 加	円	法 第 1 0 5 条								
		円									
死亡日	年 月 日			備考	被扶養者台帳照合印						
摘 要											

(注意事項)
 イ. ※印の欄と事業主証明の欄は除いて請求者の記入する欄をキレイに記入もれのないようにご記入ください。
 ロ. 必要な文字を◎で囲って、いらぬ文字は//で消して下さい。
 ハ. 請求者の印を忘れないように、とくに委任受領のときは委任を受ける人の印を必ず押してもらって下さい。
 ニ. 第三者の行為によって死亡したときは、第三者行為による死亡届を添付して下さい。

3 1 1 0	被保険者
3 1 1 9	家 族

埋葬料（費）及び同付加金請求書

ホ. 備考欄は、記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合のみマイナンバーを記入して下さい。
 なお、マイナンバーで申請する場合は、本人確認書類等が必要になります。

請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号・番号	②請求者の氏名	③ 印	性 別	男 女	生年 月 日	昭 平 年 月 日	
	④請求者の現住所	(詳しく) 〒						
	⑤被保険者の勤務していた、又は勤務する事業所の名称							
	⑥死亡した年月日	平成 年 月 日	⑦死亡した原因					
	⑧被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の							
	(1) 氏名	男女	昭平 年 月 日	(2) 埋火葬した年月日	年 月 日	(3) 埋葬に要した費用	¥	(別紙証拠書のとおり)
	(4)被保険者の(最後の)標準報酬月額		千円	(5)死亡した被保険者と請求者との身分関係				
	⑨被扶養者が死亡したための請求である時は、その者の							
	(1) 氏名	(2)性別	(3) 生 年 月 日	(4)被保険者との続柄	続柄コード	不備区分		
			男女	昭平 年 月 日		※	※	
⑩備考	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、こちらへ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)							

委 任 状	
(受任者印)	
左記保険給付金の受領方を () に委任します。	印
平成 年 月 日	
請求者	印

H29. 1HP

事 業 主 証 明 欄	⑪死亡した者の氏名	⑫死亡した者は被保険者ですか	被保険者 ・ 被保険者でない
	⑬死亡した年月日	平成 年 月 日 死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 名 称 事業主 氏 名		

※受付印	支給区分

計機健康保険組合