

|          |   |    |    |    |   |   |      |     |     |     |     |
|----------|---|----|----|----|---|---|------|-----|-----|-----|-----|
| ※支給支払決議書 |   |    |    | 発議 | 年 | 月 | 日    | 決議  | 年   | 月   | 日   |
| 支給決定金額   | 円 | 資格 | 取得 | 年  | 月 | 日 | 常務理事 | 事務長 | 会計係 | 給付係 | 庶務係 |
|          |   |    | 喪失 | 年  | 月 | 日 |      |     |     |     |     |

健康保険

被保険者  
家族

埋葬料（費）支給申請書

|             |                          |                |             |                                                                                     |       |                |                                                                                                |   |   |           |  |
|-------------|--------------------------|----------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------|--|
| 請求者が記入するところ | ① 被保険者の記号番号              | -----          | ② 請求者の氏名及び印 |  |       |                |                                                                                                |   |   |           |  |
|             | ③ 請求者の住所                 | 〒 - (電話) ( ) - |             |                                                                                     |       |                |                                                                                                |   |   |           |  |
|             | ④被保険者が勤務していた事業所          | 名 称            |             |                                                                                     |       |                |                                                                                                |   |   |           |  |
|             |                          | 所在地            |             |                                                                                     |       |                |                                                                                                |   |   |           |  |
|             | ⑤死亡した方の                  | 死亡年月日          | 死亡の原因       |                                                                                     |       |                | ⑥第三者の行為によるものですか                                                                                |   |   |           |  |
|             |                          | 令和 年 月 日       |             |                                                                                     |       |                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>※「はい」の場合は、『第三者の行為による傷病届』を提出してください。 |   |   |           |  |
|             | ⑦被保険者が死亡したための申請であるとき     |                |             |                                                                                     |       |                |                                                                                                |   |   |           |  |
|             | ⑦被保険者の氏名                 |                |             |                                                                                     |       | ⑦被保険者生年月日      | 昭和<br>平成                                                                                       | 年 | 月 | 日         |  |
|             | ⑦被保険者からみた請求者との身分関係       |                |             |                                                                                     |       | ⑦埋葬年月日         | 令和                                                                                             | 年 | 月 | 日         |  |
| この          | ⑧家族（被扶養者）が死亡したための申請であるとき |                |             |                                                                                     |       |                |                                                                                                |   |   |           |  |
|             | ⑦死亡した方の氏名                |                |             |                                                                                     | ⑦生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年                                                                                              | 月 | 日 | ⑦被保険者との続柄 |  |
|             |                          |                |             |                                                                                     |       |                |                                                                                                |   |   |           |  |
|             | ⑨ 備 考                    |                |             |                                                                                     |       |                |                                                                                                |   |   |           |  |

|         |      |                                     |      |                  |
|---------|------|-------------------------------------|------|------------------|
| 支払先金融機関 |      | 銀行<br>金庫<br>農協                      | 店    | 令和 年 月 日提出       |
|         | 預金種別 | 普通 ・ 当座 ・ ( )                       | 口座番号 | <div>受付日付印</div> |
|         | 口座名義 | フリガナ<br><div>(※請求者本人名義に限ります。)</div> |      |                  |