

同 年 月 日 令和 年 月 日			
支払決定書	支給額	法定付加	円
			円
標準報酬月額			千円

常務理事	事務長		係	扶養確認
資格	取得	年 月 日		
	喪失	年 月 日		

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)埋葬付加金請求書

請求者記入欄	事業所の名称				
	被保険者証の記号と番号	記号		請求者の氏名	
		番号			
	請求者の現住所				
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡の原因		
	被保険者が死亡したとき記入				
	被保険者氏名		死亡した被保険者と請求者の身分関係		
	請求者の住所	住所			
	連絡先	連絡先			
	振込先	銀行	支店	フリガナ	
	普通	口座番号	名義人		
被扶養者(家族)が死亡したとき記入					
氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄

事業主記入欄	死亡した者の氏名		死亡した者は	被保険者 ・ 被扶養者(家族)	
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡		
	上記のとおり相違ないことを証明します				
	令和 年 月 日				
事業主		事業所所在地			
		事業所名称			
		事業主氏名			
		電話番号			

確認欄	この届出については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者が作成したものである)。②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。				
-----	------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--