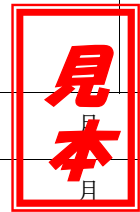


同 年 月 日 令和 年 月 日			
支払決定書	支給額	法定付加	円
標準報酬月額	千円		

常務理事	事務長		係	扶養確認
資格	取得	年	日	
	喪失	年	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	〇〇〇〇株式会社			
	被保険者証の記号と番号	記号	11	請求者の氏名	健保太郎
		番号	〇〇△△××		
	請求者の現住所	〇〇市〇〇町〇番〇〇号			
	死亡した年月日	令和 3 年 3 月 1 日	死亡の原因	肺炎	
	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		
	請求者の住所連絡先	住所 連絡先			
	振込先	銀行	支店	フリガナ	名義人
		普通	口座番号		
被扶養者(家族)が死亡したとき記入					
氏名	健保はな	生年月日	昭和 平成 25 年 3 月 20 日 令和	被保険者との続柄 妻	

事業主記入欄	死亡した者の氏名	健保はな	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 3 年 3 月 1 日	死亡	
	上記のとおり相違ないことを証明します 令和 3 年 4 月 1 日 事業主 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号			

※事業所所在地及び事業主氏名等をご記入ください。  
※三重交通の場合、営業所は所長名又は部長名をご記入ください。

確認欄	<input checked="" type="checkbox"/>	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。
-----	-------------------------------------	--