

支給決定決議書									
科目	埋葬料（費）・家族埋葬料			給付実績等	常務理事	事務長	係		
金額	法定給付	円	給付						
	付加給付	円							
	合計	円							
資格記録	資格取得日	年 月 日	◎この欄には記入しないでください。						
	資格喪失日	年 月 日	決定 年 月 日						
	認定日	年 月 日	備考						
	削除日	年 月 日							

健康保険

☒被保険者
☐家族

埋葬料（費）・同付加金支給申請書

被保険者（本人）が死亡したための請求であるときは、 こちらに記入してください↓		被扶養者（家族）が死亡したための請求であるときは、 こちらに記入してください↓	
被保険者等	記号 ×× 番号 ××××	被保険者等	記号 番号
被保険者の事業所名称	(株)×××××	被保険者の事業所名称	
死亡した被保険者 （本人）の氏名	電通 太郎	死亡した被扶養者 （家族）の氏名	
死亡した被保険者 （本人）の生年月日	昭和××年××月××日	死亡した被扶養者 （家族）の生年月日	年 月 日
死亡した年月日	令和××年××月××日	死亡した年月日	年 月 日
死亡した原因（傷病名）	××××	死亡した原因（傷病名）	
第三者の行為によるものですか	☐ はい →第三者の氏名と住所 ☒ いいえ	第三者の行為によるものですか	☐ はい →第三者の氏名と住所 ☐ いいえ
※埋葬した年月日	年 月 日		
※埋葬した費用	円		
請求者の氏名	フリガナ デンツウ ハナコ 電通 花子	上記のとおり申請します。 在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく 給付金の受領を事業主へ委任します。	
死亡した被保険者（本人）との関係	妻		
【振込先口座】			
銀行名 ××× 支店名 ×××			
種別 普通 ・ 当座 口座番号 ××××××		日中連絡のとれる 電話番号を記入し てください。	
口座名義 電通 花子			
請求者の住所	〒 ×××-×××× ××県××市××町 ×-×××-××	被保険者名 _____	
請求者電話番号	電話番号 ××-××××-×××× 携帯電話 ×××-××××-××××	電通健康保険組合理事長殿	

※被保険者により生計を維持していた人がいない為に埋葬を行った人が請求するときは※欄を記入

事業主証明欄	死亡した者の氏名		死亡した者は	被保険者 ・ 被扶養者
	死亡年月日	年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	年 月 日			
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名			