

支給決定伺

常務理事	事務長	係	係	支給決定額	円	
法定				円	付加	円

被保険者家族 埋葬料(費) 請求書
付加金

被保険者等 記号・番号				請求者の 氏名			
請求者の現住所							
被保険者の勤務して いた、又は勤務する 事業所の	名称						
	所在地						
死亡した年月日	年	月	日	死亡した原因			
被保険者が死亡した ための請求であると きはその者の	氏名	埋葬した 年月日	年	月	日	埋葬に要 した費用	金 円 (別紙証拠書の通り)
	被保険者の 標準報酬月額	千円		死亡した被保険者 と請求者との身分 関係			
被扶養者が死亡し たための請求であ るときはその者の	氏名	生年 月日	年	月	日	被保険者 との続柄	
備考							

令和 年 月 日 提出

事業主の証明 するところ	死亡した 者の氏名			死亡した者は 被保険者ですか	被保険者	・	被保険者でない
	死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡	
委任状	うえのとおり相違ないことを証明します。						
	令和	年	月	日	事業主 氏名	住所	
	請求者の	氏名		住所			
	代理人の	氏名		住所			

(2024.12)

大太平洋金属健康保険組合

※(注意事項) 被保険者等記号・番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者等記号・番号」欄へ記載してください。