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)<br>付加金 請求書

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号と番号 | | | | 請求者の氏名と印 | | | ㊞ |
| 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 | 昭<br>平 年 月 日 | | 被保険者との続柄 | |
| 備考 | | | | | | | |

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 | 年 月 日 死亡 | |
| | うえのとおり相違ないことを証明します。<br>年 月 日<br>事業主 住所<br>氏名 ㊞ | | |

うえの請求金額 円の受領を に委任します。

年 月 日

請求者の氏名 ㊞

(TK201906)

大平洋金属健康保険組合

(注意事項)
※被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者証の記号と番号」欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類等が必要です。)