

支 払 決 議 書	常務理事	事務局長	業務課長	係長	係	同 年 月 日	取 得 年 月 日	年 月 日
							喪 失 年 月 日	年 月 日
	法 定 給 付 金 額					円	死 亡 年 月 日	年 月 日
	付 加 給 付 金 額					円	標 準 報 酬 月 額	千 円

被 保 険 者 族 埋 葬 料 (費) ・ 埋 葬 付 加 金 請 求 書

注意事項

③ ② ① 標題の「被保険者」「家族」は該当する方を○で囲んで下さい。
 死亡した原因が、第三者の行為によるものときは、「第三者による傷病原因届」も添付して下さい。

被 保 險 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	共 通	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号			事業所 の 名 称				
		記号	番号		TEL	()			
		死亡年月日	平成	年	月	日	死亡 原因	第三者行為に よるものですか	1,はい 2,いいえ
	被 保 險 者 が 死 亡 し た と き	被 保 険 者 の 氏 名	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	被 保 険 者 から みた 申 請 者 と の 身 分 関 係	
		埋葬した年月日 (告別式の日)	平成	年	月	日	埋葬に要した金額 (埋葬費の場合)		円
		亡くなられた方は、退職等により当健康保険組合の被保険者資格の喪失後に家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ① 資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき ② 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき ③ 資格喪失後、②の支給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき						1、はい	2、いいえ
		上記で「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。				保 険 者 名			
						記 号 ・ 番 号	—		
	被 扶 養 者 が 死 亡 し た と き	被 扶 養 者 の 氏 名	被 扶 養 者 の 生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	被 保 険 者 と の 続 柄	
		亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。 ① 資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき ② 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなられたとき ③ 資格喪失後、②の支給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき						1、はい	2、いいえ
		上記で「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。				保 険 者 名			
						記 号 ・ 番 号	—		
		委任状	事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額の受取り方の件を委任いたします。 被 保 険 者 の 氏 名 (印)						
		※退職後等の請求で、上記に委任しない場合は、川口工業健康保険組合にお申し出下さい。							
		●介護保険法のサービスを受けていたとき							
		該 当 者	市 区 町 村 番 号	受 給 者 番 号	発 行 機 関 名				
	共 通	上記のとおり請求します。			請 求 年 月 日	平成	年	月	日
		川口工業健康保険組合理事長 殿			電 話 番 号	()			
		請 求 者 の 住 所							
		請 求 者 の 氏 名	(印)	生 年 月 日	昭和	平成	年	月	日
		<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

事 業 主 証 明 欄	死亡した方の氏名	死亡した方	死亡した年月日
		被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	平成 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日		
	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名 (印)
	電 話	()	

社 会 保 険 労 務 士 記 入 欄
(印)

決 裁 日 付 印	受 付 日 付 印
-----------	-----------

