

◎ 記入の方法は、裏面に書いてありますのでよくお読みください。

◎ 被保険者資格喪失後の被保険者死亡の場合、付加給付はありませんので、埋葬料付加金の請求はできません。

請求者が記入するところ	① 被保険者証の	記号	54××	フリガナ	カンコウ ハナコ
		番号	第 40 号	② 請求者の氏名	管工 花子
				生年月日	昭和 36 年 11 月 26 日生
	③ 請求者の現住所	〒115-0055 北区赤羽西〇-〇-〇 TEL 03 (3416) ××××			
	④ 被保険者の勤務する(していた)事業所名	いろはに 株式会社			
	⑤ 死亡した年月日	令和 3 年 2 月 19 日	⑥ 死亡原因の傷病名など	胃癌	
	⑦ 被保険者が死亡したための請求であるときはその方の	1) 被保険者氏名	管工 太郎	2) 埋葬した年月日	令和 3 年 2 月 21 日
	3) 埋葬に要した費用	860,000 円	4) 死亡した被保険者と請求者との身分関係	妻	
⑧ 被扶養者が死亡したための請求であるときはその方の	1) 被扶養者氏名	該当せず	2) 生年月日	昭和 平成 年 月 日生	
			3) 被保険者との続柄		
⑨ 死亡は第三者行為によるものですか	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		⑩ 備考		

事業主が証明するところ	⑦ 死亡した方の氏名	管工 太郎	① 死亡した方	被保険者 被扶養者	⑧ 死亡年月日	令和 3 年 2 月 19 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。					令和 3 年 2 月 24 日
	⑨ 事業所の所在地	千代田区神田駿河台〇-〇				
	名称	いろはに株式会社				
⑩ 事業主の氏名	代表取締役	東京 大輔	TEL	03 (3296)	XXXX	

支払いは全て振込みになります	受領を委任するとき	この給付金の受領を、次のとおり代理人を定め委任します。 令和 年 月 日			※ 在職の方は、貴事業所の健保口座名義人の方に委任してください。 (事業所担当者におたずねください。)
		被保険者(請求者) 氏名	代理人の住所(口座名義人) 氏名		

給付金受領口座	金融機関名	XXXX 銀行 赤羽 支店
	口座番号	普通 当座 No. XXXXXXXX
	フリガナ	カンコウ ハナコ
	口座名義人	管工 花子

受付日付印