

支給決定並支出伺	支給(出)金額合計	円	死亡年月日	令和 年 月 日	常務	事務局長	課長	課長代理	係長	係	※組合使用欄		
	法定給付額	円	備考欄										
	付加給付額	円		取得	昭・平・令 年 月 日								
	支給決定日	令和 年 月 日		喪失	令 和 年 月 日								
	支払年月日	令和 年 月 日		期間	<input type="checkbox"/> 1年以上 / <input type="checkbox"/> 1年未満								

被 保 険 者 族 埋 葬 料 (費) ・ 付 加 金 請 求 書

被 保 険 者 又 は 請 求 者 が 記 入 する 欄	① 被保険者の記号	番号	②被保険者の勤務していた又は勤務している事業所名称									
	③ 死亡年月日	令和 年 月 日	④ 死亡原因									
	⑤ 被保険者が死亡したとき	(ア)被保険者氏名						(イ)被保険者の生年月日				
		(ウ)死亡した被保険者と請求者の身分関係				(エ)埋葬年月日		(オ)埋葬に要した費用				
	⑥ 被扶養者が死亡したとき	(ア)被扶養者氏名						(イ)被扶養者の生年月日			(ウ)被保険者との続柄	
					昭・平・令 年 月 日							
	⑦ 備考欄											
上記のとおり請求します。 神奈川県医療従事者健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日 ⑧住所 〒 請求者の ⑨氏名 ⑩電話												

事業主証明欄	⑪ 死亡した者の氏名	左記のとおり相違ないことを証明します。								
	⑫ 死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者	令和 年 月 日							
	⑬ 死亡年月日	令和 年 月 日 死亡	事業主の住所 名称 氏名 電話番号							

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※ 委任しない場合は、この欄には記入しないでください。									
	令和 年 月 日	被保険者(請求者)の氏名と印		⇒	〒	代理人の住所	氏名と印			⑩

振込先金融機関	金融機関コード	店番号	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	口座番号					
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	(フリガナ) 預金口座名義						

受付日付印

社会保険労務士記載欄
