

※ 組合使用欄

支出費目	款	保険給付費	項	法定給付費 付加給付費	目	埋葬諸費		埋葬料付加金		係		
						死亡年月日	平・令 年 月 日	取得	昭・平・令 年 月 日	喪失	平・令 年 月 日	期間
支給決定並支出伺	支給(出)金額合計			円	備考欄							
	法定給付額			円								
	付加給付額			円								
	支給決定日	令和	年	月								日
	支払年月日	令和	年	月								日

## 被 保 険 者 家 族 埋 葬 料 ( 費 ) ・ 付 加 金 請 求 書

● 裏面の記入上の注意事項をよくお読みください。

被 保 険 者 又 は 請 求 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証の記号				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 死亡した年月日	平成・令和 年 月 日				④ 死亡原因				
	⑤ 被保険者が死亡した為の請求であるときはその者の	(ア)氏名				(イ)埋葬した年月日 平・令 年 月 日		(ウ)埋葬に要した費用 円		
		(エ)被保険者の(最後の)標準報酬月額 千円				(オ)死亡した被保険者と被扶養者との身分関係				
	⑥ 被扶養者が死亡した為の請求である時はその者の	(ア)氏名				(イ)生年月日 昭・平・令 年 月 日		(ウ)被保険者との続柄		
	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 ⑧住所 〒 ⑨ 年 月 日 請求者の ⑩氏名 ⑪ ⑪電話									

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は備考欄に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、個人番号確認後、本人確認をするための添付書類が必要です。)

事業主証明欄	⑫ 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。 年 月 日 住所 事業主 氏名 ⑬
	⑭ 死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者	
	⑮ 死亡年月日	年 月 日死亡	

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。	
	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 連絡先 ( )

振込先金融機関	金融機関コード	本支店番号	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	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
⑭