

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				係					
						埋葬料付加金									
支給決定並支出伺	支給(出)金額合計	円			死亡年月日	平・令	年	月	日	資格	取得	昭・平・令	年	月	日
	法定給付額	円			備考欄	資格	喪失	平・令	年		月	日			
	付加給付額	円						期間	<input type="checkbox"/> 1年以上 / <input type="checkbox"/> 1年未満						
	支給決定日	令和	年	月				日							
	支払年月日	令和	年	月				日							

※ 組合使用欄

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		(ウ)埋葬に要した費用
		(エ)被保険者の(最後の)標準報酬月額		(オ)死亡した被保険者と被扶養者との身分関係		円
	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	(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 〒 令和 年 月 日 請求者の ⑩氏名 ⑪電話					

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

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		
	連絡先	( )			

振込先金融機関	金融機関コード	本店番号	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
------------