

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		取得	昭・平・令 年 月 日	喪失	令和 年 月 日	期間	<input type="checkbox"/> 1年以上 / <input type="checkbox"/> 1年未満	
	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

被保険者又は請求者が記入する欄	① 被保険者の記号	9 9 9 9	番号	9 9 9 9 9	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	医療法人 ●●●● 病院	
	③ 死亡年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日	④ 死亡原因	心不全			
	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		
		健康 太郎			昭・平 ● 年 ● 月 ● 日		
	⑥ 被扶養者が死亡したとき	(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
		親子			令和 ● 年 ● 月 ● 日		●, ●●●, ●●● 円
	⑦ 備考欄	(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				
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 〒 999-9999 請求者の ⑨氏名 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇 ⑩電話 健康 一							

事業主証明欄	⑪ 死亡した者の氏名	健康 太郎	左記のとおり相違ないことを証明します。 令和 ● 年 ● 月 ● 日 住所 横浜市中区山下町〇〇-〇〇 名称 医療法人 ●●●● 病院 氏名 院長 ●●●● 電話番号 045-999-9999
	⑫ 死亡した者	被 <sup>○</sup> 保険者 ・ 被扶養者	
	⑬ 死亡年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日 死亡	

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
		絡先 ( )

振込先金融機関	金融機関コード	9 9 9 9	店番号	9 9 9	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	9 9 9 9 9 9 9 9
		<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合		<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店	(フリガナ) 預金口座名義	ケンコウ ハジメ		

社会保険労務士記載欄

受付日付印