極秘

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			資格 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	□ 1年以上 ／ □ 1年未満					

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	昭・平 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	令和 年 月 日	(オ)埋葬に要した費用	円
⑥ 被扶養者が死亡したとき	(ア)被扶養者氏名	健康 花子										(イ)被扶養者の生年月日	昭・平・令 ● 年 ● 月 ● 日	(ウ)被保険者との続柄	妻
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 〒 999-9999
請求者の ⑨氏名 横浜市中区尾上町○○-○○
⑩電話 健康 太郎

事業主証明欄			
⑪ 死亡した者の氏名	健康 花子	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	横浜市中区山下町○○-○○
		名称	医療法人 ●●●● 病院
		氏名	院長 ●●●
		電話番号	045-999-9999

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 ㊞ ⇨

〒 ー
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	☑ 普通 □ 当座	口座番号	9	9	9	9	9	9	9
●●●	☑銀行 □金庫 □組合				●●●	□本店 ☑支店			(フリガナ)預金口座名義	ケンコウ タロウ								

受付日付印

社会保険労務士記載欄