

※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	常務理事	事務局長	課長	主任	係	
支給決	支給(出) 金額合計	円			死亡 年月日	平成 年月日	取得	昭和・平成 年 月 日				
⑥被扶養者が死亡したときに記入する欄です。 (ア) 死亡した被扶養者の氏名 (イ) 死亡した被扶養者の生年月日 (ウ) 被保険者との続柄							喪失	平成 年 月 日				
							期間	□1年以上/□1年未満				

※組合使用欄

※上の欄には記入しないでください。

被保険者 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 險 者 又 は 請 求 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証の記号	2312	番号	1000	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	〇〇〇病院					
	③ 死亡した年月日	平成 23 年 10 月 31 日			④ 死亡原因	急性心不全					
	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 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 健康花子			(イ) 生年月日 (昭和)・平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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									
		平成 23 年 11 月 30 日	請求者の	⑧ 住所 〒231-0000 横浜市中区尾上町〇〇	⑨	健康太郎					
				⑩ 氏名	健康太郎						
				⑪ 電話	045-000-0000						

▼記入上の注意事項が裏面に記載されており、訂正印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

事業主証明欄	⑫ 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。					
	⑭ 死亡した者	被保険者 (被扶養者)			平成 23 年 11 月 30 日					
	⑮ 死亡年月日	平成 23 年 10 月 31 日 死亡			事業主	住所	横浜市西区〇〇			
					氏名	医療一郎				

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。										
	平成 年 月 日	代理人の住所									
	被保険者(請求者)の氏名と印	氏名と印									
		連絡先電話 ()									

振込先金融機関	金融機関コード	1234	本支店番号	567	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1234567
	健康	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	関内	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店	(フリガナ) 預金口座名義	ケンコウタロウ 健康太郎		

受付日付印