|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 伺　　年　　月　　日 |  |  |  |  | 常務理事 |  | 係 | 被扶養者台帳照合 |
| 注 意 事 項 |  | ※　支　給　決　議　書 | 支　給　額 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |  |  |  |  |
| ①　※印の欄は記入しないでください。②　死亡診断書、市町村長の埋火葬許可書、死体検案書の写のいずれかを添付してください。　　（事業主の証明がある場合は添付の必要はありません。）③　②欄は被保険者が死亡したときは請求書の氏名を、家族が死亡したときは被保険者の氏名を　　　　 記入してください。 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 支給決定の額 | 法定 | 埋葬料(費) | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|  | 家族埋葬料 |  |  |  |  |  |  | 資格 | 得 | 昭和平成 | 年　　　月　　　日  |
|  | 付加 | 埋葬料 |  |  |  |  |  |  | 喪 | 昭和平成 | 年　　　月　　　日  |
|  | 家族埋葬料 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 死 亡 の 日 | 年　　　月　　　日  | 備考 |  |
|  | 埋葬料（費）・家族埋葬料埋葬料付加金・家族埋葬料付加金 | **請　　求　　書** |
|  | 金　融機関名 | 銀行信用金庫 | 本店支店 | 給与振込口座番号 | 普 通 | ふりがな |  |
|  | 名義人 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 請　求　者　が　記　入　す　る　と　こ　ろ | ①被保険者　等の記号　番　　号 | 　－ | ②被保険者及び請求者の氏名 |  |  |
|  | ④請求者の　　　現住所 | □□□－□□□□ |
|  | ⑤事業所の　名　　称  |  |
|  | ⑦死亡した　年月日  | 令和　　　 年　　　 月　　 　日 | ⑧死亡原因（傷病名）  |  |
|  | ⑨　被保険者　が死亡し た と き | 被保険者の氏名 |  | 埋葬を行なった年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  | 埋葬に要した費用 | （別紙証拠書のとおり） | 円 | 請求者と被保険者との続柄 |  |  |  |  | 被被験者との続　柄 |
|  |  |  |  |  | ⑩被扶養者 が死亡し たとき | 被扶養者の氏名 |  |  | 続柄 |  |
| ④　　被保険者が死亡したときに、被扶養者以外の者が請求する場合　(イ)被保険者との続柄を明らかにする住民票、又は戸籍抄本、および埋葬に要した費用の領収書　を添付してください。　(ロ)被扶養者として認定されていないがその者と生計維持関係があった場合は、民生委員から生計維持関係があった旨の証明書を受けて、添付してください。 |  | ⑬死亡原因が第三者　行為のときはその旨 | あ　　　る　　・　　な　　　い（第三者行為のときは負傷届の提出をお願いします） |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 事業主が証明するところ | ⑫死亡した |  | ⑬死亡した　年 月 日 | 令和　　 年　 　月　 　日 |
|  | 被保険者被扶養者 | の氏名 |
|  | (所在地および名称は手書き不可です｡必ずｺﾞﾑ印等を押印ください｡)　　上記のとおり相違ないことを証明します。　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　 事業所の所在地 ・ 名称　　　　　　　　　　　事業主の氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。） |
|  |
|  | 備　　　　　考 |  |
|  |
|  |  | 支　　払　　印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 受　　付　　印 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ミツバ健康保険組合 |