伺年月日		常務理事		係	被扶養者台帳照合
※支給決議書 支給額	拾万 万 千 百 拾 円				

支給決定の額			拾万	万	千	百	拾	円
法定	埋葬料(費)							
	家族埋葬料							
付加	埋葬料							
	家族埋葬料							

資格			
得	昭和 平成	年 月 日	
喪	昭和 平成	年 月 日	

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 本店 信用金庫 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	円 (別紙証拠書のとおり)	請求者と被保険者との続柄	
⑩被扶養者が死亡したとき	被扶養者の氏名		続柄	
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死亡した被保険者被扶養者の氏名		⑬死亡した年月日	令和 年 月 日

(所在地および名称は手書き不可です。必ずゴ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

注意事項

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。

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。