

支給決議書

| | | | | | |
|------|-----|----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 合議 | 係 |
| | | | | | |

| | |
|-------|-------------|
| 受付 | 令和 年 月 日 |
| 支払年月日 | 令和 年 月 日 |
| 資格取得 | 昭・平・令 年 月 日 |
| 資格喪失 | 令和 年 月 日 |

(注意事項)

一、死亡に関する事業主の証明が得られないときは、埋葬料(費)・埋葬料付加金請求書
 二、被扶養者ではない親族の方が請求する場合は、被保険者との続柄を確認できる戸籍謄本等の写しを添付してください。
 三、死亡した被保険者に被扶養者がなく、それ以外の人が埋葬を行ったときは、埋葬に要した費用の詳細な領収書を添付してください。

| | | | |
|--------|---------------------------|-----|-----|
| 標準報酬月額 | 請求者が、請求日、住所・氏名の記入をしてください。 | 埋葬料 | 支給額 |
|--------|---------------------------|-----|-----|

被保険者
家 族

埋葬料(費)・埋葬料付加金請求書

被保険者死亡の場合は、請求者に訂正してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

請求者

住所 千葉県〇〇市〇〇町1-1

被保険者

氏名 健康 花子

| | | | | | |
|--------------------------------|-------------|-------------|-----------------|--------------------------|----------|
| ② 被保険者の | 記号 | 〇〇〇 | ② 被保険者のサービスする名称 | JA〇〇 | |
| | 番号 | 〇〇〇 | | (していた)事務所所在地 千葉市中央区〇〇3-5 | |
| ④ 死亡年月日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | | ⑤ 死亡原因 | 心不全 | |
| | | | | 業務上 | 業務外 |
| ⑥ 被保険者が死亡したとき | 被保険者氏名 | 健康 太郎 | | 被保険者に対する | |
| | 生年月日 | 昭平 〇年〇〇月 〇日 | 死亡年月日 | 令和 〇年〇〇月 〇日 | 請求者の続柄 |
| ⑦ 被扶養者が死亡したとき | 死亡者氏名 | | | 昭和 平成 年 月 日 | 被保険者との続柄 |
| | 死亡年月日 | | | 令和 〇年〇〇月 〇日 | 埋葬に要した費用 |
| ④死亡年月日、⑤死亡原因を記入してください。 | | | | | |
| により死亡したとき 加害者の氏名 | | | | | |
| 親族以外の方が請求する場合、領収書をもとに記入してください。 | | | | | |

| | | | |
|------------|-------|---------|-------------|
| ⑨ 死亡した者の氏名 | 健康 太郎 | 死亡した年月日 | 令和〇〇年 〇月 〇日 |
|------------|-------|---------|-------------|

上記のとおり証明します

令和 〇年 〇月 〇日

被保険者(本人)死亡の場合に記入してください。

記入

事業所の

名称

事業主の氏名

被保険者死亡の場合の請求者の口座

受付印

| | | | | | | | |
|-----------|----------|-------|------|------|---|---|---|
| (フリガナ) | 金融機関コード | 店舗コード | 口座種目 | 口座番号 | | | |
| 口座名義 | 振込先金融機関名 | 支店名 | | # | # | # | # |
| (ケンポ ハナコ) | 〇〇銀行 | 本店 | 普通 | # | # | # | # |
| 健保 花子 | | | 当座 | | | | |