

支給決定書

常務理事	事務長	係員	担当者

支給金額	法定給付					円
	付加給付					円
死亡年月日	令和		年		月	日
標準報酬月額						千円

資格取得日	昭和 平成 令和		年		月		日
資格喪失日	令和		年		月		日
備考							

健保受付印			
支給日		月	日

担当者印	
------	--

埋葬料・埋葬料付加金請求書

被保険者等 記号と番号	記号	〇〇〇				番号	〇〇〇〇										
死亡した被保険者の氏名	(氏)	〇〇〇			(名)	〇〇〇〇			死亡した被保険者と請求者との続柄	*							
死亡年月日	令和	*	年	*	月	*	日	死亡の原因	〇〇〇〇								
埋葬を行った年月日	令和	*	年	*	月	*	日	埋葬に要した費用	*	*	*	*	*	円			
第三者の行為によって死亡した場合 (第三者の情報) ===不明のときはその旨===	氏名					住所											
	死亡の状況																
振込先指定口座	公金受取口座	<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は、左の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 利用しない場合は、下記に振込口座情報をご記入ください。														
	マイナンバー														マイナポータルを利用される受取人が マイナンバーの届出がないときにご記入ください。		
	振込先口座	申請者 OR 代理人	〇〇〇				銀行	〇〇〇				支店					
		(金融コード)						(支店コード)									
		普通	*	*	*	*	*	*	口座名義 (カタカナ)	〇〇〇 〇〇〇〇							
氏名	(氏)	〇〇〇			(名)	〇〇〇〇			生年月日	昭和 平成	*	年	*	月	*	日	
住所	〒 - 都道府県から記入してください。																
HOYA健康保険組合理事長 殿	上記によって請求します。										令和	*	年	*	月	*	日

HOYA健康保険組合理事長 殿	下記のとおり相違ないことを証明します。																
事業主の関する証明	死亡した被保険者の氏名	(氏)	〇〇〇			(名)	〇〇〇			死亡年月日	令和	*	年	*	月	*	日
	事業主の名称	〇〇株式会社															
	代表者氏名	代表取締役社長 〇〇〇〇										印					

私は、代理人と定め、令和 年 月 日に請求した、埋葬料(費)の受領方を委任します。

委任状	代理人	氏名	代理人が受け取る場合にご記入ください												
		住所													

※本届出に記入された個人情報、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。
※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、備考へ記載し、マイナンバーを確認できるものを添付してください。

【添付書類】死亡したことを証明する書類(死亡診断書・埋葬許可証または火葬許可証等の写し)
被扶養者の請求ではない場合は健保へお問合せください。