

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
-----	--	---	--	---

埋葬料・埋葬料付加金請求書

被保険者証の記号と番号	記号		番号													
死亡した被保険者の氏名	(氏)		(名)	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								
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	(金融コード)	銀行	(支店コード)	支店										
氏名	(氏)		(名)	生年月日	昭和 平成		年		月		日					
住所	〒 -															
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)	(名)	死亡年月日	令和		年		月		日				
	事業主の名称														
	代表者氏名														

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	
		住所	

※本届出に記入された個人情報は、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。
※被保険者証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。