

# 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	

資格取得日	昭和 平成 令和		年		月		日
資格喪失日	令和		年		月		日
扶養認定日	昭和 平成 令和		年		月		日
備考							

健保受付印

支給日		月		日
-----	--	---	--	---

## 家族埋葬料・家族埋葬料付加金請求書

被保険者証の 記号と番号	記号		番号					
死亡した被扶養者	氏名	(氏)	(名)					
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄		
死亡年月日	令和	年	月	日	死亡の原因			
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☑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。					
	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		
	普通					口座名義 (カタカナ)		
氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
被保険者 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 関係 証明 する	死亡した被扶養者の氏名	(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、家族埋葬料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。

令和4年10月11日現在