

# 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	* * * * *	続柄 **	
死亡年月日	令和	* * * * *	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	* * * * *
住所	〒 *** - **** 都道府県からご記入ください。			電話	**** - **** - ****
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	死亡した被扶養者の氏名	(氏) ○○○	(名) ○○○○	死亡年月日	令和 * * * * *
	事業主の名称	株式会社 ○○○○			
	代表者氏名	代表取締役社長 ○○○○			印

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	代理人が受け取る場合にご記入ください。

※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