

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		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			
	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				
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。											
事業主に関する 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、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。