※この欄は記入しないでください。	支給決議書	伺年月日	年　月　日							常務理事	事務長	課　長	担当者
		支給額	百	十	万	千	百	十	円				
		内訳	法定							死亡年月日	年　月　日		
			付加							資格 取得	年　月　日		
		標準報酬月額	千円							資格 喪失	年　月　日		

被保険者
家　族

埋葬料(費)請求書

請求者が記入するところ							
① 被保険者等の				② 請求者の氏名	㊞		
記号		番号					
③ 現住所	〒 電話番号　(　　)						
④ 被保険者の勤務する(していた)事業所	名　称						
	所在地						
⑤ 死亡の日	年　月　日			⑥ 死亡の原因			
⑦ 第三者の行為により死亡したとき	事故の状況						
	加害者の氏名			加害者の住所			
⑧ 被保険者死亡による請求であるとき	被保険者氏名			被保険者に対する請求者の続柄			
	埋葬した日	年　月　日		埋葬に要した費用	円		
⑨ 家族の死亡による請求であるとき	家族氏名			生年月日	年　月　日	続柄	
⑩ 受取金融機関	□ マイナポータルに登録の公金受取口座で受け取ります。(下記、銀行口座等の記入は必要ありません)						
	銀行名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人		
	銀行　金庫 信組　農協	支店・本店	普通・当座		(フリガナ)		

事業主が証明するところ				
⑪ 死亡した者の氏名		⑫ 死亡した日	年　月　日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 年　月　日 ⑬ 事業所所在地 事業所名　㊞ 事業主名 TEL　(　　)				

年　月　日提出

支払済印　　受付印

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

(注意事項)

1. 死亡に関する事業主の証明が得られないときは、埋火葬許可証の写、死亡診断書・死体検案書、又は検死調書の写のいずれかを添付してください。
2. 死亡した被保険者に被扶養者がなく、それ以外の人が埋葬を行ったときは、埋葬に要した費用の領収書を添付してください。
3. 公金受取口座での受け取りにチェックいただいた場合、個人番号等を基に情報照会させていただくことに同意されたものとみなします。

千葉県自動車販売整備健康保険組合