

同年月日		年 月 日						常務理事	事務長	係	
決議書	支給額		拾万	万	千	百	拾	円			
	内訳	法定	拾万	万	千	百	拾	円	資格	取得	年 月 日
		付加	拾万	万	千	百	拾	円		喪失	年 月 日
備考											

本人・家族
健康保険 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金 請求書

被保険者記号・番号	記号	番号	請求者氏名	⑩
請求者の現住所	〒			
被保険者が勤務する(していた)事業所名			第三者行為によるものですか	はい いいえ
死亡した年月日	年	月	日	死亡原因
●被保険者が死亡したための申請であるとき				
被保険者氏名			被保険者からみた請求者の身分関係	
埋葬した年月日	年	月	日	埋葬に要した費用の額 円
●被扶養者が死亡したための請求であるとき				
被扶養者氏名			生年月日 ----- 年 月 日	被保険者との続柄
備考				

年 月 日提出

受付日付印

ミドリ安全健康保険組合理事長 殿

事業主の証明欄	死亡した者の氏名	被保険者・被扶養者の別	被保険者	被扶養者
	年 月 日 死亡			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主の住所 _____ 氏名 _____ (印)			

委任状	私は _____ (印) を代理人と定め、給付金の受領方を委任します。 _____ 被保険者の氏名 _____ (印)
-----	--

※被保険者死亡の場合は、請求者の方の振込口座を記入してください。

振込先	銀行名	口座	普通 総合 当座
	銀行	フリガナ	
	信金	名義	
	支店	口座番号	

被保険者のマイナンバー記載欄 ⇒

(12桁ご記入ください)

(※被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)

(注意事項)

- 資格喪失者、任意継続被保険者、被保険者死亡以外は、事業主に振り込みます。委任状の欄に被保険者と受取代理人の記名、押印をしてください。
- 「死亡診断書」「死体検案書」「埋葬許可証」のいずれかの写しを添付してください。
- 死亡原因が第三者行為の場合は「第三者行為の傷病届」を添付してください。
- 被扶養者死亡で被扶養者異動届を提出していない場合は、すみやかに提出してください。
- 被保険者死亡で健康保険の被扶養者以外からの請求の場合は、下記の添付書類が必要です。
 - ①扶養ではないが同居していた家族・住民票(死亡した被保険者と請求者が記載されているもの)
 - ②別居の家族・生計維持関係の確認できる書類(仕送りの事実がわかる振込控え、通帳の写し等)
 - ③生計維持関係にない方・埋葬にかかった費用の領収書と明細書の写し

※喪主に支払うので親族である必要はありません。