

健 保 使 用 欄	支 給 決 定 決 議 書					
	受付番号		常務理事	事務長	責任者	担当者
	伺い年月日	平成 年 月 日				
	支払年月日	平成 年 月 日				
	支給額	円				
備考						

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

家 族 埋 葬 料 申 請 書

ヤマハ健康保険の扶養家族になっている方が死亡した場合に請求できます。

訂正する場合は、訂正印を押印してください。
(修正液等不可)

請	記入日	平成 29 年 1 月 20 日	フリガナ ヤマハ タロウ	印
	被保険者証 記号-番号	1 - 123456	被保険者 (請求者) 氏 名	山葉 太郎
求	事業所名 (会社名)	ヤマハ(株)	〒 430 - 1101	山葉
	所 属 課・係・G	総務部	住 所	
者	職場電話	外線 053-424-7722 内線 1234	被保険者の 電 話	固定 053-472-1000 携帯 090-0000-0000
	死亡した 者 の 氏 名	フリガナ ヤマハ ハナコ 山葉 花子	死亡した者の生年月日	被保険者との続柄
者	死亡した 年月日	平成 29 年 1 月 3 日	昭和 35 年 5 月 7 日 平成	妻
	死亡の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 病気・自然死 <input type="checkbox"/> 不慮の事故 <input type="checkbox"/> その他	死亡原因の 傷病名等	〇〇癌
記	第三者の行為が 原因ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	左の設定で「はい」の場合 ※「第三者による受傷届」を提出してください。 <input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 第三者から埋葬料(費)の補償がない (第三者から埋葬料等の補償がある場合、健保組合からは支給できません。)	
	(在職中の方記入) 委任状	(事業所名) 本請求書に基づく 給付金の受領を _____ に委任します。 平成 29 年 1 月 20 日 被保険者氏名 山葉 太郎		

被保険者(請求者)が自ら署名する場合、押印は不要です。
この印は必ず押してください。

被保険者が退職されている場合は、被保険者(請求者)名義の口座を記入してください。

添付書類を必ず付けてください。

入	《退職された方は、振込先を記入してください》 上記委任状の記入は不要です。 任意継続加入者はゆうちょ銀行口座を指定してください。 ゆうちょ銀行の場合は、記号5桁(本・支店名欄)・番号7桁(口座番号欄)を記入してください。			
	金融機関名	本・支店名	種別	口座番号
欄	フリガナ	名	義	人
	コードNO	コードNO	当座	
※ 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、備考欄へ記載してください。(被保険者証の記号番号を記載した場合は、マイナンバーの記載は不要です。)				
※ マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。				
備考				

必要添付書類	死亡診断書の写し
--------	----------

注意事項	医師当の死亡に関する証明書が、外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文を添付のこと。(翻訳者の氏名・住所も記載)
------	--

事業所担当者日付印 健保受付印 H29. 6. 1改訂