

支払決議書	常務理事	事務局長	事務局次長	業務課長	係長	伺年月日	取得年月日	年月日
							喪失年月日	年月日
	法定給付金額					円	死亡年月日	年月日
	付加給付金額					円	標準報酬月額	千円

被保険者
家族
埋葬料（費）・埋葬付加金請求書

※「被保険者」「家族」は該当する方を○で囲んで下さい。

被 保 険 者 （ 請 求 者 ）	共 通	被保険者証の記号番号			事業所の名称	
		記号	番号			
		死亡年月日	令和 年 月 日	死亡原因	第三者行為によるものですか	1,はい 2,いいえ
※死亡した原因が、第三者の行為によるものであるときは、【第三者による傷病原因届】も添付して下さい。（用紙はホームページよりダウンロードで行きます。）						
	被 保 険 者 が 死 亡 し た と き	被保険者の氏名	被保険者の生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	被保険者からみた申請者との身分関係	
		埋葬した年月日 (告別式の日)	令和 年 月 日	埋葬に要した金額 (埋葬費の場合)		円
		亡くなられた方は、退職等により川口工業健康保険組合の被保険者資格を喪失された後に家族の被扶養者となった方で、次のいずれかに該当する方ですか。				1, はい 2, いいえ
		<input type="checkbox"/> 資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> 資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき				
		上記で「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。			保険者名	
					記号・番号	—
	被 扶 養 者 が 死 亡 し た と き	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄	
		亡くなられた家族は、被扶養者認定を受ける前に別の健康保険に加入していた方で、次のいずれかに該当する方ですか。				1, はい 2, いいえ
		<input type="checkbox"/> 資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき <input type="checkbox"/> 資格喪失後、②の受給終了後、3ヶ月以内に亡くなられたとき				
		上記で「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。			保険者名	
					記号・番号	—
		委任状	事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額の受取り方の件を委任いたします。			
			被保険者の氏名			
※退職後等の請求で、上記に委任しない場合は、川口工業健康保険組合にお申し出下さい。						
	共 通	●介護保険法のサービスを受けていたとき				
		市区町村番号	受給者番号	発行機関名		
		上記のとおり請求します。				
		川口工業健康保険組合理事長 殿			請求年月日	令和 年 月 日
		〒 —			電話番号	()
		請求者の住所				
		請求者の氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				

※別紙「埋葬料（費）請求時の添付書類」の必要書類を添付して下さい。

事業主証明欄	死亡した方の氏名	死亡した方 被保険者 ・ 被扶養者	死亡した年月日
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電 話		()

社会保険労務士記入欄

決裁日付印	受付日付印