

給付金支給決定決議書	常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者	金額			万	千	百	十	円
	資格取得	年 月 日				死亡年月日	令和 年 月 日						
	資格喪失	年 月 日											
	標準報酬月額	年 月 日		千円									
被保険者家族 埋葬料（費）請求書													
① 被保険者証の記号番号		—			② 事業所名								
③ 死亡した年月日		令和 年 月 日			④ 死亡した原因								
⑤ 被保険者が死亡したときはその者の		氏名					埋葬した年月日		令和 年 月 日				
		埋葬に要した費用		¥			死亡した被保険者と請求者との身分関係						
⑥ 被扶養者が死亡したときはその者の		氏名				生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日		続柄			
⑦ 第三者の行為によって死亡した場合にはその事実ならびに第三者の住所・氏名													
⑧ 事業主が記入するところ	死亡した者の氏名					死亡した者の区別		被保険者 ・ 被扶養者					
	死 亡 し た 年 月 日			令 和 年 月 日									
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 事業主 所在地 事業所名 代表者名												
⑨ 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者（請求者）住所 宮城県自動車販売健康保険組合 殿 氏名 電話番号 （ ）													
委任状	上記金額の受領をつぎのとおり委任します。 住所 ⑩ 委任された者の氏名 ⑪ 委任する者（請求者）の氏名												
	⑫ ☐ 公金受取口座を希望する場合は ☐ にチェックを入れて下さい。⑬の記載は不要です。												
	⑬ 払渡希望の銀行名		・請求者と預金者が違う場合は委任状欄をご記入下さい。						受付印				
銀行名		銀行 本・支店											
口座の種類		普通預金 ・ 当座預金 ・ 貯蓄預金											
口座の記号番号													
預金者の氏名		フリガナ -----											

◎保険給付金の支払は銀行振込となります。
◎添付書類につきましては、裏面をご覧ください。

【記入上の注意】

1. この請求書は、被保険者埋葬料・家族埋葬料を請求する場合に使用するものです。
2. 被保険者が死亡したとき埋葬を行った家族(被保険者によって生計を維持されていた方)又は埋葬を行った親族に埋葬料が支給されます。
3. 死亡した日(埋葬した日)を証明する書類(死亡診断書の写し等)を添付してください。
4. 死亡が第三者の行為によるものであるときは、「第三者による傷病届」をこの請求書に添付してください。
5. 被保険者埋葬料の場合で、家族が被扶養者となっていなかったときや、親族が埋葬を行ったときは、請求者である家族・親族と死亡した被保険者との相互の身分関係を証明する書類(戸籍謄本等)を添付してください。