

受付年月日	年	月	日
伺い年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

支給支払決議書				
常務理事	事務長	課長	係長	担当

支給額	
支給内訳	埋葬料
	埋葬料付加金
	埋葬費
	埋葬費付加金

資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

**被保険者  
家族 埋葬料(費)・埋葬料付加金請求書**

被 保 險 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者が勤務する (していた)事業所	名称		
	死亡した年月日	年	月	日	住所		
	死亡原因	第三者の行為によるものですか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合は「第三者による傷病届」を提出してください		
	被保険者が 死亡したための 請求であるとき	氏名	被保険者から見た 請求者との身分関係				
		埋葬した年月日(ア)	年	月	日	埋葬に要した費用(イ) 円	
		資格喪失後の請求である場合、資格喪失年月日		年	月	日	
		資格喪失後、 被扶養者として 他の健康保険に 加入していた場合	健康 保険	名 称		電話番号	
	被扶養者が 死亡したための 請求であるとき	被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		被保険者との続柄	
				年	月	日	
		亡くなられた家族は、退職等により健康保険の被保険者資格喪失後に、被扶養者の認定を受けた方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか (※)				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<ul style="list-style-type: none"> <li>資格喪失後、3ヶ月以内に亡くなられたとき</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>							
上記(※)で 「はい」と回答 した場合、 家族が被扶養者 認定される前の		健康 保険	名 称		電話番号		
	事業 所	名 称		電話番号			
		所在地					
介護保険法のサービス を受けていたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関名		
振込希望口座 (請求者名義)	銀行 金庫	本店 支店	当座 普通	口座番号	<input type="checkbox"/> フリガナ 口座名義		
上記のとおり請求します。					年 月 日		
京葉ガス健康保険組合理事長 殿 請求者の 住所							
					氏名		

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					年 月 日
	請求者 住所	代理人 住所				
	氏名	氏名				
	振込希望口座 (代理人名義)	銀行 金庫	本店 支店	当座 普通	口座番号	<input type="checkbox"/> フリガナ 口座名義

領 収 証	金 円を領収いたしました。					年 月 日
	京葉ガス健康保険組合理事長 殿 受領者 住所					
						氏名

事 業 主 証 明	死亡した方の	氏 名	区 分	死亡した年月日
			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	年 月 日
	上のとおり相違ないことを証明します。			
	所在地			
	事業主 名 称			
	氏 名			