

申請ルート: 申請者(被保険者)→事業場人事労務担当部署→ミットヨ健康保険組合

被保険者 埋葬料(費)埋葬料(費)付加金請求書

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

請求者が記入する欄	【被保険者について】						
	被保険者証記号		被保険者証番号		申請日	年 月 日	
	氏名	氏		名		社員番号	
						生年月日	年 月 日
	所属名称						
	住民票住所	〒 -					
	死亡年月日	年 月 日		死亡原因			
	【請求者について】						
	請求者は被保険者に生計維持(注1)されてましたか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	いいえの場合 埋葬を行った年月日	年 月 日		いいえの場合 埋葬に要した費用(注2)	円		
注1: 被保険者によって生計の全部又は一部を維持されていた場合は、被扶養者でない遺族や親族でない場合にも「はい」を選択してください。							
注2: 葬儀代、火葬料、霊柩車代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼等が対象です。飲食代、香典返しは含みません。							
【請求者の口座情報】							
ミットヨ健康保険組合理事長殿			上記のとおり請求いたします		請求日	年 月 日	
請求者	氏		名		被保険者からみた請求者の続柄		
請求者の住所	〒 -						
電話番号	- -						
請求者名義の金融 機関口座	銀行名			支店名			
	種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号			
	口座名(カナ)						

事業主証明欄	死亡者の氏名	氏		名		死亡者の生年月日	年 月 日
	被保険者・被扶養者の別			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者			
	上記確認のうえ、事実と相違ないことを証明します。					確認日	確認者
	事業所所在地	神奈川県川崎市高津区坂戸一丁目20番1号				年 月 日	
	名称	株式会社 ミットヨ					
事業主氏名	代表取締役社長 沼田 恵明						

健保組合受付欄