

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

## 被扶養者(家族) 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

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証記号		被保険者証番号		請求日	年	月	日	
	被保険者氏名	氏		名	社員番号				
					生年月日	年	月	日	
	所属名称								
	住民票住所	〒 -							
	【死亡した方について】								
	死亡年月日	年	月	日	死亡原因				
	死亡者	氏		名	死亡者の生年月日	年	月	日	
	【給付金受け取り方法】								
	A.事業主経由での支給 (在職中の方が記入)	【委任状】この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任いたします。							
	年	月	日	被保険者氏名					
B. 個人口座へ支給 (任意継続者、 資格喪失後の方が記入)	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)								

被保険者のマイナンバー記載欄

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

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