

|       |        |   |   |
|-------|--------|---|---|
| 受付年月日 | 年      | 月 | 日 |
| 伺 年月日 | 年      | 月 | 日 |
| 決裁年月日 | 年      | 月 | 日 |
| 支 給 額 | 円      |   |   |
| 支給内訳  | 埋 葬 料  | 円 |   |
|       | 埋葬料付加金 | 円 |   |
|       | 埋 葬 費  | 円 |   |

|               |     |   |   |
|---------------|-----|---|---|
| 支 給 支 払 決 議 書 |     |   |   |
| 常務理事          | 事務長 | 係 |   |
|               |     |   |   |
| 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・埋葬料付加金請求書  
☐ 埋葬費請求書

|                          |                                                           |              |            |                             |                      |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|------------|-----------------------------|----------------------|
| 請求者の記入欄                  | 被保険者<br>記号・番号                                             | -            |            | 被保険者の<br>事業所                |                      |
|                          | 請求書氏名                                                     |              |            | 請求者の<br>生年月日                | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日 |
|                          | 請求者の<br>住所・電話番号                                           | 〒 - TEL ( )  |            |                             |                      |
|                          | 死亡した被保険者<br>または被扶養者の氏名                                    |              | 生年月日       | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日        |                      |
|                          | 死亡原因（傷病名）                                                 |              | 死亡年月日      | 令和 年 月 日                    |                      |
|                          | 埋葬に要した費用                                                  | 金 円          | 埋葬した日      | 令和 年 月 日                    |                      |
|                          | 死亡した被保険者、または被扶養者と 請求者との続柄                                 |              |            |                             |                      |
|                          | ※被保険者が死亡したときのみ記入                                          |              |            |                             |                      |
|                          | 被保険者と請求者の生計維持関係 / 該当項目にチェックしてください                         |              |            | 添付書類                        |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> 死亡した被保険者の被扶養者となっていた              |              |            | 事業主の証明                      |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> 死亡した被保険者の被扶養者ではなかったが生計維持関係はあった   |              |            | 住民票、住居が別の場合は仕送り等の事実がわかる書類など |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> 生計維持関係はなかった（埋葬を行った）              |              |            | 埋葬に要した費用の領収書、明細書            |                      |
|                          | 死亡原因が第三者行為によるものであるか否か / ある場合は第三者の氏名・住所                    |              |            |                             |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない   |              | 第三者の氏名・住所  |                             |                      |
|                          | 振込希望口座<br>(請求者名義)<br><br>※請求者が被保険者の場合は記入不要。<br>(届出口座振込の為) | 金融機関名        |            | 支店名                         |                      |
| 銀行・労働金庫・農協<br>信用金庫・信用組合  |                                                           | 本店・支店<br>出張所 |            |                             |                      |
| 種別                       |                                                           | 口座番号         | 口座名義（カタカナ） |                             |                      |
| 普通                       |                                                           |              |            |                             |                      |
| 上記のとおり請求します。 (請求日) 年 月 日 |                                                           |              |            |                             |                      |
| 日本トランスシティ健康保険組合理事長 殿     |                                                           |              |            |                             |                      |

|        |                     |       |       |                                                             |
|--------|---------------------|-------|-------|-------------------------------------------------------------|
| 事業主の証明 | 死亡した者の氏名            |       | 死亡した者 | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 |
|        | 死亡した年月日             | 年 月 日 | 死亡    |                                                             |
|        | 上記の内容に相違ないことを証明します。 |       |       |                                                             |
|        | 年 月 日 住所<br>事業主 氏名  |       |       |                                                             |