支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給内訳	埋葬料（費）	円
				埋葬料付加金	円
			死亡年月日	令和　年　月　日	
資格取得	昭･平･令　年　月　日		備考		
資格喪失	令和　年　月　日				

上記は記入しないでください。

☑被保険者
・
□被扶養者

埋葬料(費)･埋葬料付加金請求書

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。
訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

＊被保険者等記号・番号が不明の場合は、①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書、④事業所の健康保険担当部門(人事・総務／担当者)のいずれかでご確認ください。

日本無線健康保険組合　御中

請求者が記入するところ					
＊被保険者等記号・番号	記号	1010	請求者の氏名	健保　花子	
	番号	99999			
委任状	私は、事業主を代理人と定め、埋葬料（費）・埋葬料付加金の受領に関し、事業主に委任します。				
請求者の住所	〒	○○○－○○○○			
	○○県 ○○市 ○○町 1－2－3				
会社名および所属	日本無線株式会社		○○ 部 ○○ 課		
死亡した年月日	令和 X 年 X 月 X 日		死亡原因	心不全	
被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の	被保険者氏名	健保　太郎	請求者との関係	妻	
	埋火葬した年月日	令和 X 年 X 月 X 日　埋葬			
	第三者が埋葬したとき、埋葬に要した費用（別紙領収書添付のこと）		円		
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の	被扶養者氏名		被保険者との続柄		
	生年月日	昭・平・令　年　月　日			
第三者の行為によるものですか	いいえ　・　はい（別紙届出必要）				

事業主の証明					
死亡者	被保険者・被扶養者	氏名		死亡年月日	令和　年　月　日死亡
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　年　月　日 名称　事業主の証明 事業主 氏名					

<table>
<tr><td rowspan="2">①給付金振込先の確認</td><td>給付金の受取方法についての確認（任意継続被保険者、退職後の継続給付対象者のみ）

□1.在職中（給付金の受領を事業主へ委任します）

□2.任意継続被保険者として、日無健保に加入中

□3.令和　　年　　月　　日退職
（退職後の継続給付対象者）</td><td rowspan="2">②任意継続被保険者・退職後の継続給付対象者の口座</td><td>コード番　号</td><td colspan="2">（金融機関コード）</td><td>（店番コード）</td></tr>
<tr><td>金融機関名　　称</td><td colspan="2">銀行　金庫
信組
その他（　　）</td><td>本店　支店
出張所</td></tr>
<tr><td>上記で「2」・「3」に該当する方は②をご記入ください</td><td>預金種別</td><td>普通</td><td>口座番号</td><td colspan="2">（右づめ）</td></tr>
<tr><td></td><td>口　座
名義人</td><td colspan="4">▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。）
◆被保険者名義の口座に限る</td></tr>
<tr><td></td><td>公金受取
口　　座</td><td colspan="4">※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。（上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします）
□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。</td></tr>
</table>

【事業主確認欄】（確認後に、□に✓をしてください）

☑　本請求書（届出書）の提出に当たり、被保険者及び関係者が正しく記載し、記載内容に誤りがないことを確認しました。また、誤りがある場合は、正しく訂正されていることを確認しました。