| 受付年月日 | 令和　年　月　日 | 支給支払決議書 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 伺年月日 | 令和　年　月　日 | 常務理事印 | 事務長印 | 担当者印 | 資格確認印 |
| 決裁年月日 | 令和　年　月　日 | | | | |
| 支給額 | 円 | 資格取得年月日 | □昭和<br>□平成　年　月　日<br>□令和 | | |
| | | 資格喪失年月日 | 令和　年　月　日 | | |
| | | 支払年月日 | 令和　年　月　日 | | |

# □被保険者（本人）　□家族　埋葬料（費）請求書

**被保険者（本人）・家族が記入するところ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① 被保険者等の記号・番号 | | ② 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください | |
| ③ 被保険者の氏名 | | ④ 被保険者の生年月日 | □昭和<br>□平成　年　月　日 |
| ⑤ 死亡年月日 | 令和　年　月　日 | ⑥ 死亡原因 | |
| ⑦ 第三者行為によるものですか | □ いいえ　□ はい | | |
| 本人が死亡したための申請であるとき | | | |
| ⑧ 被保険者の氏名 | | ⑨ 被保険者からみた請求者との身分関係 | |
| ⑩ 埋葬した年月日 | 令和　年　月　日 | ⑪ 埋葬に要した費用の額 | 円 |
| 家族が死亡したための申請であるとき | | | |
| ⑫ 家族の氏名 | | ⑬ 被保険者との続柄 | |
| ⑭ 振込希望機関 | 銀行<br>金庫<br>組合 | 店 | 口座番号：□ 普通　□ 当座<br>口座名義（カタカナ） |
| ⑮ 公金受取口座 | □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<br>（利用する場合は☑、利用しない場合は⑭振込希望機関の欄を記入） | | |

上記のとおり請求します。

令和　年　月　日

エクセディ健康保険組合理事長 殿

⑯ 〒

請求者の　住所

氏名

**事業主が証明するところ**

| 死亡した方の氏名 | | 死亡年月日 | 令和　年　月　日死亡 | 死亡した方<br>□ 被保険者　□ 家族 |
|---|---|---|---|---|

上記のとおり相違ないことを証明する

令和　年　月　日 事業所所在地・名称

事業主氏名

※事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市区町村長の埋（火）葬許可証の写、死亡診断書の写、死体検案書の写、検視調書の写を添付してください。