

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	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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 被保険者証の記号・番号		② 事業所の名称		
	③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	
	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		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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 金庫 組合	店	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
				口座名義 (カタカナ)	
	⑮ 公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 、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	⑯ 円		請求者の 住所	
	エクセディ健康保険組合理事長 殿		氏名		
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい (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)				備考欄	

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
	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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。					