

| | | | | | | | |
|------------------------------|----|----------|------|--------------|------|------|---------------|
| 支給 決定 | 法定 | | 摘要 | | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 |
| 埋葬料 家族埋葬料 埋葬費 請求書 | | | | 事業所名 | | | |
| | | | | | | | |
| 死亡者氏名 及び生年月日 | | 年 月 日生 | | 被保険者 との続柄 | | | |
| 死亡年月日 | | 令和 年 月 日 | | 死 因 | | | |
| 埋葬年月日 | | 令和 年 月 日 | | | | | |
| 本人死亡のとき 振込先 | | 銀行名 | フリガナ | 支店名 | フリガナ | 口座番号 | 口名 義 座人 |
| | | コード | | コード | | | |

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、備考欄へ記載してください。
(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 | |
|-----|--|

上記により申請いたします。

令和 年 月 日

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿

受付印

| | |
|---|--|
| 被保険者又は請求者 〔 被保険者との続柄 〕 | 〒 TEL () |
| | 住所 氏名 |
| (必須) <input type="checkbox"/> に確認のチェックを付けてください。 | |
| <input type="checkbox"/> | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |

| | | |
|--------|--|------|
| 事業主の証明 | (氏名) | 事業主名 |
| | が死亡したことを証明する 死亡者は被保険者又は被扶養者に相違ないことを証明する | |