

請求者の記入するところ	被保険者証の	記号	番号	請求者の	氏名	
					<input type="checkbox"/> 本人記載確認	
	請求者の現住所と連絡先	〒 - 電話 ( )				
	被保険者の勤務するまたは勤務していた事業所の名称					
	死亡した年月日	平成・令和 年 月 日	死亡原因		第三者の行為による死亡原因ですか はい・いいえ	
	どちから記入	被保険者が死亡したための請求であるときはその方の	被保険者氏名 生年月日	昭・平 年 月 日	死亡者と請求者の身分関係	
		被扶養者が死亡したための請求であるときはその方の	被扶養者氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者からみた続柄	
		※埋葬した年月日	令和 年 月 日	※埋葬に要した費用の額	円	
		組合規約による被保険者・家族埋葬料付加金の支給を申請します。 請求者 氏名				

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名		死亡した者は被保険者ですか	・被保険者 ・被保険者ではない
	死亡した年月日	昭・平・令 年 月 日		
	うえのとおり相違ないことを証明します。 事業主 住所 氏名 電話 ( )			

被保険者死亡の場合は請求人の銀行口座をご記入ください。

受取口座名義	銀行名	支店名	種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
	銀行	支店	普通・当座		

※公金受取口座利用の場合は、口座欄は記入しないでください。公金受取口座の利用は、被保険者・被扶養者のみとなります。

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル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"/> 、利用しない場合は口座又は委任状欄を記入)
--------	--

委任状	私はこの給付金の受領を下記受任者に委任します。 令和 年 月 日 住所	
	被保険者(請求者) 氏名	印
	受任者(事業所) 氏名	印

令和 年 月 日提出

受付日付印

○本人押印・署名の省略にあたり、請求者本人が記載したことの確認の為「本人記載確認」欄にチェックをしてください。

○死亡診断書の写しなどを添付してください

○被保険者死亡で別居の方がご請求の場合、添付書類は事前にご相談ください

東京都鉄二健康保険組合

(R4.10)