

|                                                                    |                                               |          |                  |                  |                                                                    |                   |       |          |       |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------|------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------|-------|----------|-------|---|-----|---|---|---|---|---|--|--|
| 請求者記入欄                                                             | 被保険者証の記号と番号                                   |          | No               | 部署名              |                                                                    | 被保険者の勤務していた事業所の名称 |       |          |       |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
|                                                                    |                                               |          | 123-4567         | 〇〇部              |                                                                    | 〇〇（株）             |       |          |       |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
|                                                                    | 死亡した被扶養者の氏名、生年月日                              |          | 大建 花子            |                  | 死亡年月日                                                              |                   |       |          | 死亡の原因 |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
|                                                                    |                                               |          | S,H,R〇〇年 XX 月△△日 |                  | 令和〇〇年 XX 月△△日                                                      |                   |       |          | 〇〇病   |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
|                                                                    | (続柄) 妻                                        |          |                  |                  |                                                                    |                   |       |          |       |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
|                                                                    | 死亡が第三者の行為によるものであるときは、その事実第三者の住所、氏名（不詳のときはその旨） |          |                  |                  | 死亡した被扶養者が老人保健法該当者であったときは、医療受給者証の                                   |                   | 市町村番号 |          | 1     | 2 | 3   | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |  |
|                                                                    |                                               |          |                  |                  |                                                                    |                   | 受給者番号 |          | 1     | 2 | 3   | 4 | 5 | 6 | 7 |   |  |  |
|                                                                    |                                               |          |                  |                  |                                                                    |                   | 発行機関名 |          | 〇〇市   |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
|                                                                    | 上記により請求します。                                   |          | 送金希望の場合は送金方法と送金先 |                  | 銀行 支店 普<br>名義人氏名（カナ）<br>* 郵便局への送金はできません。<br>* ここは三重ダイケンと退職する方のみ記入。 |                   |       |          |       |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
|                                                                    | (〒123—4567)                                   |          |                  |                  |                                                                    |                   |       |          |       |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
| 令和〇〇年 XX 月△△日 被保険者 住所〇〇市 XX 町△△丁目 12-34-56<br>大建工業健康保険組合理事長殿 (請求者) |                                               |          |                  |                  |                                                                    |                   |       |          |       |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
| 氏名 大建 太郎 (印)                                                       |                                               |          |                  |                  |                                                                    |                   |       |          |       |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
| 事業主証明欄                                                             | (氏名)                                          |          |                  |                  |                                                                    |                   |       |          |       |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
|                                                                    | 令和 年 月 日死亡したことを証明する                           |          |                  |                  | (印)                                                                |                   |       |          |       |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
| 組合処理欄                                                              | 支給決定                                          | 令和 年 月 日 |                  | 支給決定のうえ通知してよろしいか |                                                                    |                   |       | 令和 年 月 日 |       |   |     |   |   |   |   |   |  |  |
|                                                                    |                                               |          |                  | 常務理事             |                                                                    | 事務長・係             |       | 出納日印     |       |   | 出納係 |   |   |   |   |   |  |  |
|                                                                    |                                               | 月給与      |                  | (印)              |                                                                    | (印)               |       |          |       |   | (印) |   |   |   |   |   |  |  |

- \* 注意事項
- 1・市区町村長の埋葬許可証若しくは火葬許可証の写・死亡診断書・死体検案書若しくは検死調書の写を添付すること。もしくは「被扶養者の死亡に関する事業主の証明」欄を記載すること。
- 2．支払いは、毎月20日締め翌月給与払いです。