伺年月日　令和　　年　　月　　日

支給決議書	常務理事	事務局		備考（病名コード）
	資格関係	取得	平成・令和　年　月　日	
		喪失	平成・令和　年　月　日	
	記号・番号	支給金額		
		，		

＊この線より上は請求者において記入しないこと

□ 被保険者　□ 被扶養者　埋葬料（費）請求書

記号・番号	―		事業所の名称		社員番号		
死亡の年月日	令和　年　月　日		死亡の原因				
被保険者の死亡に関するときはその者の	氏名		被保険者との生計維持関係の有無（注）	□ あ り　□ な し			
埋葬を行った年月	令和　年　月　日		埋葬に要した費用の額（注）	円			
死亡が第三者の行為によるときはその事実並びに第三者の住所・氏名、不明なるときはその旨							
申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	氏名		生年月日	□ 昭和　□ 平成　□ 令和　年　月　日	続柄		
被保険者の死亡に関する事業主の証明	令和　年　月　日 は死亡したことを証明する。						
振込先指定口座 ※資格喪失者のみ記入	※在籍者は給与振込、任意継続加入者は、加入時に届出された口座への振込となりますので記入不要です。 ［銀行・信用金庫・農協］（コード　　）　［本店・支店・出張所］（コード　　）						
	貯金種別	□ 普通 □ 当座	口座番号		口座名義	※カタカナで記入	
			郵政番号	1　　0	郵政番号	1	

上記のとおり請求いたします。

帝人グループ健康保険組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日

被保険者（請求者）

〒　　―

住　所

氏　名　　続柄

TEL　　―　　―

注：生計維持関係がある とみなされる要件
本人の死亡の当時、その収入によって生計を維持されていた人。同一世帯に属していなくても、さらには親族関係がなくてもよい。

	死亡した人	請求者	生計維持関係	添付書類
埋葬料	被保険者	被扶養者	—	埋葬料請求書への事業主証明　又は死亡診断書の写
	被扶養者	被保険者	—	死亡診断書の写
	被保険者	被扶養者以外	あり	埋葬料請求書への事業主証明　又は死亡診断書の写
埋葬費	被保険者	被扶養者以外	なし	・埋葬料請求書への事業主証明　又は、死亡診断書の写 ・埋葬に要した費用の領収書原本 ※請求者氏名のフルネームが記載されたもの