|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 　支給決定 　令和 | 年 月 日 |
| 標準報酬月額 | 円（　　　 等級） | 常務理事 |  |  | 担当 |
| 支給額 | 法定給付　 | 円 |  |  |  |  |
| 付加給付 | 円 |
| 合　　計 | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **被保険者** |  | **埋葬料（費）支給請求書** |
| **被扶養者** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 社員番号 |  | 被保険者氏名 |  |
|
| 資格取得年月日 | 　　　年 　 月　 日 | 死亡年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 埋葬年月日 | 　 年　 　　月　 　　日 | 埋葬に要した費用 | 　 | 　円 |
| 死亡した原因 |  |
| 死亡した者の氏名・生年月日 |  |  | 年　　月　　日 | 被保険者との続柄 |  |
| 第三者行為によるときはその事実並びに住所・氏名　 | 〒　　　－ |
| 給付金の受領について（どちらかご記入下さい） |
| □1.在職中の方 | 　　　　　年　　　　月　　　　　日事業主に委任します。　　　　被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| □2. 資格喪失後の方 ・在職中で　　給与口座以外を希望の方（振込口座記入） | 銀行 | 口座番号（普通） |
| 支店 | 口座名義（ｶﾀｶﾅ） |
| 死亡に関する事業主の証明 | 上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　事業主　(又は代理人)　　　　　　　　　　　　　〒143-8580　　　　　　　　　住　所　東京都大田区大森北２－１３－１１　　　　　　　　　　　　　株式会社ディスコ　　　　　　　　　氏　名　人財部長　野上　健史 |
| 　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　上記のとおり請求します。受付日付印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所 〒被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　　）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ディスコ健康保険組合理事長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Rev.2023/04 |

◎請求上の注意

　一、この様式は、被保険者又は家族が、死亡した場合に、埋葬料(費)の請求をするものです。

　二、この請求をするときは、この様式に記入の上会社の証明を受けて、組合に提出してください。

三、この請求が被保険者である場合は、請求書の表題の「被保険者」を、被扶養者である場合は、

　　「被扶養者」を○で囲んで下さい。