

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

ダイフク健康保険組合 殿

平成 00 年 00 月 00 日

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・ 番号	12 - 345678	事業所名	〇〇××		
	被保険者(請求者) の住所	〇〇県〇〇市△△町1-2-3				
	被保険者(請求者) の氏名	健保 太郎			(印)	
	死亡年月日	平成 ××年 ××月 ××日	死亡原因(傷病名等)	心不全		
	被保険者が死亡した ための請求であるとき は、その請求者の	氏名		死亡した被保険者と 請求者の続柄		
		埋火葬 年月日	平成 年 月 日	埋火葬に要した費用 (※被扶養者以外の 請求の場合)	円	
	被扶養者が死亡した とき、その者の	氏名 生年月日	健保 美代	昭平 XX年XX月XX日生	続柄	母
	死亡が第三者の行為 によるものであるとき は、第三者の住所、 氏名	(別途、「負傷届・第三者行為用」を提出してください)				
振込希望銀行名 (被保険者、または受取代 理人名義のものを記入)	〇〇 銀行 △△支店 普通・口座番号 123456 口座名義(か) ケンポタロウ					

事 業 主 証 明	死亡した者の氏名および年月日	健保 美代	平成 ××年××月××日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業主(会社)が記入(証明)して下さい。 平成 ××年 ××月 ××日		
	事業主 住所	〇〇県〇〇市××町1 氏名 〇〇〇〇会社 (印)	

この欄は、給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ記入ください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を 代理人に委任します。 平成 年 月 日	代理人の氏名・印	被保険者との関係
	被保険者(請求者) 住所	(印)	
	氏名	代理人の住所・電話番号	電話 ()

※ 被扶養者以外の方が請求される場合、埋火葬に要した費用の「領収書」及び「明細書」を添付してください。