

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

XX年XX月XX日

| | | | | | | |
|--|--|----------------------------|------------|----------------------------------|----|---|
| 被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す と こ ろ | 被保険者証の記号・ 番号 | 11 - 123456 | 事業所名 | 株式会社〇〇〇〇 | | |
| | 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 | | 健保印 | | |
| | 死亡年月日 | XX年XX月XX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 | 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 | 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 | XX年XX月XX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。 XX年XX月XX日 | | |
| | 事業主住所 | 〇〇県〇〇市△△町1 | 事業 印 |
| | 氏名 | 株式会社〇〇〇〇 | |

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。 | 代理人の氏名・印 | 被保険者との関係 |
| | 年 月 日 | | |
| | 被保険者(請求者) 住所 | | 印 |
| | 氏名 | | 代理人の住所・電話番号 |
| | 印 | 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。