

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 年 月 日

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） の 記 入 欄	被保険者証の記号・番号	—	事業所名		
	被保険者（請求者）の住所				
	被保険者（請求者）の氏名	(印)			
	死亡年月日	平成 年 月 日	死亡原因（傷病名等）		
	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 〕	
	被扶養者が死亡したとき、その者の	氏名 生年月日	昭・平 年 月 日生	続柄	
	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 〕	銀行	支店	普通・口座番号	口座名義(か)

事 業 主 の 証 明 欄	死亡した者の氏名および年月日		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。		
	平成 年 月 日	事業主 住所	氏名

(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 記 入 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
		(印)	
	被保険者（請求者）住所 氏名	代理人の住所・電話番号	
		電話 ()	

(印)

※ 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。