

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)・付加金請求書

処理区分	1. 埋葬料
	2. 埋葬費

◎ ※印欄は記入しないでください。

被保険者の記号・番号				生年月日				被扶養者番号		受取代理人		受付年月日			
.....				明治 大正 昭和 平成				.....		※		平成			
被保険者の(フリガナ) (請求者) 氏名と印				.....				事業所の		名称		.....		
被保険者の(フリガナ) (請求者) 住所				.....				郵便番号		.....		電話番号			
死亡した年月日		平成		年		月		日		死亡原因		第三者行為によるものですか? 0:いいえ 1:はい			
被扶養者が死亡した ための請求であるときは、 その者の		被扶養者氏名		.....		生年月日		明治 大正 昭和 平成		.....		被保険者との続柄			
被保険者が死亡した ための請求であるときは、 その者の		被保険者氏名		.....		被保険者と 請求者との 身分関係		.....		被保険者の 標準報酬月 額		※ 千円			
埋葬した年月日		平成		年		月		日		埋葬に要した費用の額		※		円	
法第69条の7被保険者として 支給を受けたときはその額 (調整減額)		.....		円		調整減額コード		海外表示		特別支給コード		(備考)			
資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の 被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の		.....		円		※		0:国内 1:海外		.....		.....
資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の 被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の		.....		円		※		0:国内 1:海外		.....		.....
資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の 被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の		.....		円		※		0:国内 1:海外		.....		.....

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	.....	死亡した者	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成	年	月	日	死亡			
	うえのとおり相違ないことを証明します。												
住所		〒		.....		平成		年		月		日	
事業主氏名		.....		〒		.....		Tel		-		-	

支払金融機関の欄	支払区分	※ 振込	預金種別	1:普通 4:貯蓄	銀行 金庫 農協		本店 支店	
	支店コード	.....	口座番号	.....	口座名義	カタカナで記入		

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。				平成		年		月		日		平成		年		月		日		提出
	被保険者(請求者)住所		〒		.....		平成		年		月		日		受付日付印						
	代理人の氏名と印		(フリガナ)		.....		委任者と代理人との関係		.....											
代理人の住所		(フリガナ)		〒		.....														

組合健保記入欄	被保険者・本人		被扶養者・家族		.....					
	法定	円	法定	円	.....					
	付加	円	付加	円	.....					
	計	円	計	円	.....					
標準報酬月額		備考		.....						
千円		.....		.....				
常務理事		業務部長		リーダー		担当				