

健康保険 **被保険者** 家族 埋葬料(費)・付加金請求書

◎※印欄は記入しないでください。

処理区分 1. 埋葬料 2. 埋葬費	被保険者の記号・番号 5 0 0 0 1 0 0 0		① 生年月日 明治 大正 昭和 平成 5 0 0 4 0 5	被扶養者番号	受取代理人 0:無 1:有 平成	受付年月日
被保険者の(請求者)氏名と印 ② <b>派遣 大輔</b>	事業所の名称 <b>けんぼスタッフ(株)</b>		所在地 <b>東京都港区六本木8-1-1</b>			
被保険者の(請求者)住所 ③	郵便番号 1 8 0 0 0 0 6	事業所の住所 <b>東京都武蔵野市吉祥寺本町123-456</b>		電話番号 03-6543-0987		
死亡した年月日 平成 1 8 0 5 2 0	死亡原因 <b>心筋梗塞</b>	④ 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 <b>該当せず</b>	生年月日 明治 大正 昭和 平成	被保険者との続柄 <b>父</b>		被保険者の標準報酬月額 千円		
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 <b>派遣 花子</b>	埋葬した年月日 平成 1 8 0 5 2 2	被保険者との身分関係 <b>父</b>	埋葬に要した費用の額 円 3 5 0 0 0 0			
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)	調整減額コード	海外表示 0:国内 1:海外	⑥ 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	保険者名・記号及び番号	保険者名・記号番号	⑦			
死亡した者の氏名 <b>派遣 花子</b>	死亡した者の被扶養者 <b>被保険者</b>	死亡した年月日 平成 18 年 5 月 20 日	死亡した年月日 平成 18 年 6 月 2 日			
事業主が証明する欄 住所 〒 106-6155 <b>東京都港区六本木8-1-1</b>	氏名 <b>けんぼスタッフ株式会社 代表取締役 人材一郎</b>	主事印		TEL 03 - 1234 - 5678		
支払金融機関の欄 支払区分	振込 ⑧ 普通 貯蓄 <b>すみれ</b>	預金種別	銀行 <b>吉祥寺</b>	農協	本店	支店 <b>ハケン ディスケ</b>
支店コード	2 2 2	口座番号	1 1 1 2 2 2 2	口座名義	ハケン ディスケ	
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。	被保険者(請求者)住所 〒 <b>派遣 花子</b>	平成 年 月 日	平成 年 月 日 提出			
代理人の氏名と印	委任者と代理人との関係		受付日付印			
代理人の住所						
組合健康保険記入欄 被保険者・本人	法定	円	法定	円		
被扶養者・家族	付加	円	付加	円		
標準報酬月額	円	計	円	計	備考	
千円						
常務理事	業務部長	Gリーダー	担当			

任意継続被保険者の方は  
名称:「任意継続」と記入  
所在地:記入不要

- 被保険者の生年月日をご記入ください。
- 請求される方の氏名をご記入ください。
- 請求される方の住所・電話番号をご記入ください。
- 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を添付してください。
- 埋葬費の請求の場合には必ず記入し、請求者のフルネーム記載の領収書原本、明細書原本を添付してください。
- 被保険者が資格喪失後3ヶ月以内の死亡の場合は、備考欄に資格喪失年月日を記入してください。
- 被保険者が資格喪失後3ヶ月以内の死亡の場合は、資格喪失後に加入していた保険者名と記号番号を記入してください。
- 郵便口座への振込はしておりませんので、必ず銀行口座をご記入ください。
- 給付金の受取を代理人に委任する場合は、委任者と受取代理人の押印が必要です。