

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	
5 0 0 0 1 0 0 0		明治 大正 昭和 平成 5 0 0 4 0 5			0:無 1:有	平成 年 月 日	
被保険者(請求者)氏名と印		事業所の名称		けんぽスタッフ(株)			
ハケン ハナコ 派遣花子		所在地		東京都港区六本木8-1-1			
被保険者(請求者)住所		郵便番号		電話番号			
1 6 5 0 0 2 2		東京都大田区田園調布6-1-5		03-3456-7890			
死亡した年月日		死亡原因		第三者行為によるものですか?			
平成 1 8 0 9 1 5		脳梗塞		1 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		被保険者との続柄	
派遣 太郎		明治 大正 昭和 平成 4 6 0 7 1 1		夫			
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		被保険者との請求者との身分関係		被保険者の標準報酬月額	
埋葬した年月日		埋葬に要した費用の額		調整減額コード		特別支給コード(備考)	
平成		円		0:国内 1:海外			
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)		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	
				2			

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

死亡した者の氏名	派遣 太郎	死亡した者	被保険者 被扶養者	死亡した年月日	平成 18年 9月 15日死亡
うえのとおり相違ないことを証明します。					
住所	〒 106-6155 東京都港区六本木8-1-1		平成 18年 10月 5日		
事業主氏名	けんぽスタッフ株式会社 代表取締役 人材一郎		主 印業 TEL 03 - 1234 - 5678		

支払区分	※ 振 込	預金種別	1:普通 4:貯蓄	3	ひまわり	銀行 金庫 農協	田園調布	本店 支店
支店コード	3 2 1	口座番号	7 6 5 4 3 2 1	口座名義	カタカナで記入 ハケン ハナコ			

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	〒 4		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		標準報酬月額	備考	千円	常務理事	業務部長	Gリーダー	担 当
	法定	円	法定	円							
	付加	円	付加	円							
	計	円	計	円							

- 「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。
- 被扶養者が扶養認定日から3ヶ月以内に死亡した場合は、扶養認定日以前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。