

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		1 生年月日		被扶養者番号	受取代理人	受付年月日	
5 0 0 0 0		1 0 0 0 0		明治 大正 昭和 平成	5 0 0 4 0 5	0:無 1:有	平成
被保険者の (請求者) 氏名と印		2 派遣 太郎		事業所の 名称		けんぼスタッフ (株)	
被保険者の (請求者) 住所		3 6 5 0 0 2 2		事業所の 所在地		東京都港区六本木8-1-1	
死亡した年月日		平成 1 8 0 5 2 0		死亡原因		4 心筋梗塞	
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		第三者行為によるものですか?		0:いいえ 1:はい	
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		夫	
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		5 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		被扶養者氏名		被保険者名・ 記号及び番号		6 派遣 花子	

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 花子		死亡した者 被扶養者	死亡した年月日	平成 18年 5月 20日死亡
事業主が証明する欄	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 6月 2日		
事業主 氏名	けんぼスタッフ株式会社 代表取締役 人材一郎		主事 印	TEL 03 - 1234 - 5678	

支払金融機関の欄	※ 振 込	預金種別	7 1:普通 4:貯蓄	あさがお	銀行 金庫 農協	自由が丘	本店 支店
支店コード	4 3 2	口座番号	8 7 6 5 4 3 2	口座 名義	ハケン タロウ		

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	8 派遣 太郎			
代理人の 氏名と印	代理人の 氏名と印		委任者と代理人との関係	
代理人の 住所	代理人の 住所			

組合健康 保記入欄	被保険者・本人		被扶養者・家族	
	法定 付加	円	法定 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	Gリーダー	担 当	

- 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。
- 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。