

健保組合記入欄	決定額		円
	支払内訳	埋葬料(費)	円
		付加金	円
	資格取得	昭・平・令	年 月 日
	資格喪失	令和	年 月 日
	扶養認定	平・令	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 喪失後(認定後)3ヶ月等請求時の他保険受給状況確認		

決定	令和	年	月	日
支給	令和	年	月	日
備考				
常務理事	事務長	係		

健康保険【被保険者・家族】埋葬料(費)・同付加金 請求書

請求者が記入する欄	① 被保険者証の記号・番号 氏名	記号	番号	② 請求者の氏名 (自署)	(フリガナ)	男 女	
	③ 請求者の現住所等	〒 ※都道府県名から記入 電話番号 (— —)					
	④ 事業所名称	⑤ 勤務支店名					
	⑥ 死亡年月日	令和	年	月	日	⑦ 死亡原因	
	⑧ 死亡の原因が第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ (第三者行為によるものであるときは、別途「傷病届」を提出すること)					
	⑨ 死亡した方は介護保険法のサービスを受けていましたか (「はい」の場合は証番号等を記入)	はい いいえ	市区町村番号	受給者番号	発行機関名		
	⑩ 被保険者が死亡のとき	被保険者の氏名	被保険者と請求者との身分関係		※被保険者からみて		
		埋葬した年月日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用 円
	⑪ 被扶養者が死亡のとき	被扶養者の氏名	請求者(被保険者)との続柄				
	委任欄	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 (被保険者が死亡の場合委任欄は無記入) 被保険者氏名(自署)					令和 年 月 日
	支払先口座	※被保険者が「退職している(任意継続含む)」又は「死亡した」場合に記入。《名義は請求者に限る》					
金融機関名		銀行 組合 金庫 農協	支店名	本店 出張所 支店			
口座番号		預金種別		普通 ・ 当座			
事業主が記入する欄	死亡者氏名	死亡者	本人・家族	死亡年月日	令和 年 月 日	死亡	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日					受付印	
事業所 所在地 事業所 名称 事業主 氏名							