

健康保険〔被保険者・家族〕埋葬料(費) 請求書

令和 年 月 日請求

被保険者(請求者)が記入するところ	① 被保険者証の記号一番号		—	② 被保険者(請求者の氏名)		フリガナ		
	③ 被保険者(請求者)の住所		〒 —		Tel () —			
	④ 被保険者の勤務していた、又は勤務している事業所の		名 称					
			所 在 地					
	⑤ 死亡した年月日		年 月 日		死亡の原因(傷病名等)			
	⑦ 被保険者が死亡したための請求である場合		(ア) 死亡した被保険者氏名		(イ) 被保険者と請求者の関係 (続柄等身分関係を具体的に記入してください。)			
			(ウ) 被保険者と請求者の生計維持関係の有無 あった なかった ⇒ (エ)(オ)記入		(エ) 埋火葬した年月日 年 月 日		(オ) 埋火葬に要した費用 円	
	⑧ 被扶養者が死亡したための請求である場合		(ア) 死亡した被扶養者氏名		(イ) 死亡した被扶養者の生年月日 年 月 日		(ウ) 被保険者との続柄	
⑨ 死亡が第三者行為に因る場合は、その事実並びに第三者の氏名及び住所(不詳のときはその旨を記入)								
⑩ 振込指定銀行		() 銀行 () 信用金庫 () 信用組合 () 農 協		() 支 店 () 出 張 所		普通・当座・その他() 口座番号 【 】 口座名義 【 】 (カナで記入)		
備考		被保険者記号番号に代えて個人番号で申請を希望される場合はご記入ください。(その場合、個人番号及び本人を確認できる書類の添付が必要になります。)						
事業主が証明するところ	⑪ 死亡した者の氏名		⑫ 死亡した者の区分			⑬ 死亡した年月日		
			被保険者 ・ 被扶養者			年 月 日		
	<p style="text-align: center;">上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業所の所在地 事業所の名称 事業主氏名 Tel () —</p>							

記入するときは、『記入上の注意』をご参照ください。