

健康保険 被保険者家族 埋葬料(費)、埋葬料付加金請求書

◎ ◎ 被保険者資格喪失後の被保険者死亡の場合、付加給付はありませんので、埋葬料付加金の請求はできません。
 記入の方法は、裏面に書いてありますからよく読んでください。

請求者が記入するところ	① 被保険者証の	記号	フリガナ			② 印
		番号	請求者の氏名と押印			
			生年月日	昭・平	年 月 日	
	③ 請求者の現住所	〒 TEL ()				
	④ 被保険者の勤務する(していた)事業所名					
	⑤ 死亡した日	平成 年 月 日	⑥ 死亡原因の傷病名など			
	⑦ 被保険者が死亡したための請求であるときはその方の	1) 被保険者氏名	2) 埋葬した年月日	年 月 日	2) 埋葬に要した費用	円
		4) 死亡当時の標準報酬月額	5) 死亡した被保険者と請求者との身分関係			
	⑧ 被扶養者が死亡したための請求であるときはその方の	1) 被扶養者氏名	2) 生年月日	昭和 年 月 日生	3) 被保険者との続柄	
				平成 年 月 日生		
	⑨ 死亡は第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ		⑩ 備考		

事業主が証明するところ	⑦ 死亡した方の氏名	① 死亡した方	被保険者・被扶養者	⑦ 死亡年月日	平成 年 月 日	死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。					
	⑤ 事業所の所在地	名称	⑦ 印	TEL ()		

支払いは全て振込みになります	この給付金の受領を、次のとおり代理人を定め委任します。			※在職の方は、貴事業所の健保口座名入の方に委任してください。 〔事業所の担当者におたずねください。〕
	被保険者(請求者) 氏名	令和 年 月 日	②と同じ印	
	代理人の住所(口座名義人) 氏名			
	金融機関名	銀行	支店	
	口座番号	普通・当座 No.		受付日付印
	フリガナ			
	口座名義人			