

# 被保険者 被扶養者 埋葬料(費)請求書

被保険者(請求者)が記入する欄	被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所名		
	被保険者住所(請求者住所)	〒			被保険者氏名(請求者氏名)	
					連絡先	— —
	死亡された方	被保険者との続柄	本人 ・ 家族 ( )		年 齡	— 歳
		氏 名			生 年 月 日	年 月 日
	死亡年月日	年 月 日			埋葬に要した費用	円
	埋葬年月日	年 月 日			第三者行為	はい ・ いいえ
死亡原因(病名)						

事業主が証明する欄	死 亡 者 被保険者・被扶養者	死亡者氏名		死 亡 年 月 日	年 月 日
	上記の通り相違ない事を証明する。 年 月 日				
	事業所名称 事業主氏名				
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。					

振込金融機関名	銀 行 金 庫 農 協	本 店 支 店 出張所	預 金 種 目	普 通	口 座 番 号	
	(フリガナ)					
	口 座 名 義 人					

備 考	
-----	--

健保組合処理欄	支払年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担 当	確 認
	支 給 額	円				
	資 格	取 得	年 月 日	受付日付印		
喪 失		年 月 日				

- 注) 1.この請求書に死亡診断書(写)を添付してください。  
 2.被保険者が死亡した場合、被保険者と生計維持関係がない人が、埋葬を行い請求する場合は、埋葬に要した費用の領収書と続柄のわかるものを死亡診断書(写)と合わせて提出してください。