

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 請求書
家 族 埋葬料付加金

記入方法は記入例をご覧ください。

適正な給付決定処理を行うために個人情報を利用させていただきます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号	フリガナ 被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名	続 柄	被 保 険 者 の 生 年 月 日 昭 和 年 月 日 平 成		
	被 保 険 者 (請 求 者) の 住 所	郵便番号	-	電 話	()		
		フリガナ					
	事業所の名称				電 話	()	
	死亡した年月日	令和 年 月 日	死 亡 原 因	第三者行為によるものですか はい: いいえ (業務外・業務上)			
	被扶養者が死亡した 場合のみ記入	フリガナ 被 扶 養 者 氏 名 (死 亡 者 名)	生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄		
	被 保 険 者 が 死 亡 し た 場 合 の み 記 入	被 保 険 者 氏 名 (死 亡 者 名)	被 保 険 者 と 請 求 者 と の 身 分 関 係		被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額		
		埋葬した 年 月 日	令和 年 月 日	埋葬に要した費用の額			
	備 考						

事 業 主 が 証 明 す る 欄	死亡した者の氏名	死亡した者	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者			
	① 死亡した年月日	令和 年 月 日	死亡			
	うえのとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日			
② 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号						

給 付 金 の 受 け 取 り 方 法	支 払 先 お よ び 支 払 方 法	⑳ 支 払 先	本人(請求者)に支払う				
	㉕ 振込先金融機関 (口座名義を記 入してください)	⑳ 支 払 方 法		銀行振込			
		金融機関番号	金融機関名				
		支 店 番 号	支 店 名				
		口 座 番 号 (普 ・ 当)					
		フリガナ					
口 座 名 義							

受付日付印

令和 年 月 日 提出

酒フーズ健康保険組合