

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 | 被保険者証の 記号と番号 | 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 |
| | ㉑ 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 |
| ㉒ | 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 | ㉓ 支払先 | 本人(請求者)に支払う | | | | |
| | ㉔ 振込先金融機関 (口座名義を記 入してください) | 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