

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 3456	フリガナ 被保険者 (請求者) の氏名	ケンボ タモツ 健保 保	続柄 本人	被保険者の生年月日 昭和 平成 43年 11月 19日
	被保険者 (請求者) の住所	郵便番号 275 - 0011	電話 047 ( )	フリガナ チバケン ナラシノシ オオクボ	千葉県習志野市大久保〇-〇-〇	
	事業所の名称	株式会社 蒲田酒造			電話 03 ( )	
	死亡した年月日	令和 3年 4月 3日	死亡原因 心不全	第三者行為によるものですか はい: 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	ケンボ フサコ	生年月日 昭和 平成 41年 2月 25日 令和	被保険者との 続柄	妻	
	被扶養者氏名 (死亡者名)	健保 ふさ子				
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	健保 ふさ子	死亡した者	被保険者・被扶養者
	① 死亡した年月日	令和 3年 4月 3日 死亡		
	うえのとおり相違ないことを証明します。			令和 3年 4月 27日
②	事業所所在地	東京都大田区蒲田〇-〇-〇		
	事業所名称	株式会社 蒲田酒造		
	事業主氏名	蒲田 健太		
	電話番号	03-〇〇〇-〇〇〇〇		

給付金の受け取り方法	支払先および支払方法	③ 支払先	本人(請求者)に支払う				
		④ 支払方法	銀行振込				
	⑤ 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	〇〇	金融機関名	銀行		
		支店番号	×××	支店名	×××支店		
		口座番号	(普・当) ×××××××				
		フリガナ	ケンボ タモツ				
口座名義	健保 保						

受付日付印

令和 年 月 日 提出

酒フーズ健康保険組合