

健康保険被保険者家族埋葬料（費）請求書

【備考】

③ ② ①
※印は記入しないこと。
この請求をする場合には死亡診断書（写）を添付して下さい。
請求書の印は、はっきりと押しつけて下さい。

請求者の記入するところ	①被保険者証の	記号	請求者の氏名と印		(印)		
		番号					
	②請求者の現住所	郵便番号					
	③勤務していた又は勤務している事業所名						
	④死亡した年月日	平成 令和	年	月	日	死亡した原因	
	⑤第三者の行為による場合は、その事実と第三者の氏名及び住所						
	⑥ 被保険者が死亡のための請求であるときは記入のこと						
	(イ) 死亡した被保険者の氏名		(ロ) 埋葬した年月日	年	月	日	(ハ) 埋葬に要した費用
	(ニ) 被保険者の(最後の)標準報酬等級	第	級	(ホ) 死亡した被保険者と請求者との続柄又は身分関係			
	⑦ 被扶養者が死亡のための請求であるときに記入のこと						
(イ) その者の氏名		(ロ) 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	(ハ) 被保険者の続柄
⑧ 備考							
事業主の証明するところ	⑨ 死亡した者の氏名		⑩ 死亡したものは被保険者ですか		被保険者である・ない		
	⑪ 死亡した年月日	平成 令和	年	月	日		
	うえのとおり相違ないことを証明します						
令和 年 月 日							
〒							
⑫ 住所							
事業主 氏名							
印							

委任状	私は	を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
		令和 年 月 日			
	被保険者 (請求者)	住所	〒	氏名	(印)
	代理人	住所	〒	氏名	(印)

神奈川県電子電気機器健康保険組合

※ 受付日付印

振込希望銀行名		
銀行名	銀行	支店
種別	普通当座	
口座番号		
(フリガナ) 口座名義人	()	