

健康保険被保険者家族埋葬料（費）請求書

【備考】

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。
印は記入しないこと。

請求者の記入するところ	被保険者証の	記号	0000		請求者の氏名と印	日本 愛子		(印)	
		番号	0000						
	請求者の現住所	郵便番号 000-0000 県 市 町3-3							
	勤務していた又は勤務している事業所名	株式会社							
	死亡した年月日	平成 15 年 6 月 4 日	死亡した原因	脳卒中					
	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								
	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	日本 太郎			(ロ) 埋葬した年月日	15年 6月 8日		(ハ) 埋葬に要した費用	0000円
	(ニ) 被保険者の(最後の)標準報酬等級	第 00 級		(ホ) 死亡した被保険者と請求者との続柄又は身分関係	妻				
	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	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	(ハ) 被保険者の続柄		
備考									
事業主の証明するところ	死亡した者の氏名	日本 太郎			死亡したものは被保険者ですか	被保険者である・ない			
	死亡した年月日	平成 15年 6月 4日							
	うえのとおり相違ないことを証明します 平成 年 月 日 〒000-0000 住所 県 市 町5-5 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。 平成 年 月 日								
	被保険者 住所 〒 _____ (請求者) 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	1111111	
(フリガナ) 口座名義人		