

# 健康保険被保険者家族埋葬料（費）請求書

請求者の記入欄	被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所	・コーセーG ・アルビオン ・その他( )				
	被保険者の氏名	(フリガナ)		所属	部・課 支店				
	被保険者の住所	〒		生年月日		社員番号			
	死亡年月日	令和 年 月 日		昭和 平成	年 月 日		TEL ( )		
	死亡原因が第三者行為によるもの	はい ・ いいえ		「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を添付してください					
	被保険者が死亡したための請求である時はその者の	氏名			死亡した被保険者と請求者との身分関係				
	被扶養者が死亡したための請求である時はその者の	埋葬日	令和 年 月 日		埋葬に要した費用の額		円		
	被扶養者が死亡したための請求である時はその者の	氏名			生年月日	昭 平 令	年 月 日		被保険者との続柄
	委任状 令和 年 月 日 給付金の受領を下記事業主に委任します  被保険者氏名(自署) 被保険者が死亡・退職者・任意継続被保険者の方は記入不要								

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名			死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者			
	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							
住所 事業所名 事業主名								

令和 年 月 日 提出

被保険者が死亡・退職者・任意継続被保険者の方は振込先を下記にご記入ください



銀行コード			支店コード		
銀行名	銀行		支店		
普通預金口座番号					
口座名義 (請求者同一)	フリガナ				
	氏名				

受 付 印

※訂正箇所には必ず訂正印を押印願います。(修正テープ、修正液使用不可)