

# 健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書 家 族

※添付資料がA4サイズ以外の場合は本紙裏面に糊付けして下さい

請求日 年 月 日

請求者の記入するところ	①被保険者証	記号 番号		②被保険者氏名	(印)		
	③事業所名称						
	死亡した方について	④本人(被保険者)・家族(被扶養者)			⑤氏名		
		⑥続柄				⑦死因	
		⑧死亡日	平・令 年 月 日	⑨埋葬日	平・令 年 月 日		
	請求者について	⑩氏名				⑪続柄	
		⑫住所	〒 -				
	被保険者死亡の場合	⑬埋葬に要した費用	円 ※請求者が被扶養者以外の場合、領収書を添付してください				
		⑭請求者の振込先	銀行	店	預金種別	普通・当座	
			金庫	支店	口座番号	.....	
農協			出張所	フリガナ			
			口座名義				
被扶養者死亡の場合	⑯委任状	ダイセル健康保険組合 理事長 殿 上記により支給される金額の受領を、事業主から健保組合に届出のある受領代理人に委任いたします。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 被保険者 住所 氏名 (印)					
支給決定伺	決定年月日			常務理事	事務長	担当者	受付
	年 月 日						
	埋葬料・埋葬費 円						

**ダイセル健康保険組合**