

健康保険証の氏名 の上をご覧下さい		被保険者 保険	埋葬料(貰) 家族 ※ の場合は本紙裏面に糊付けして下さい	どちらかに○をつける			
請求日 年 月 日							
請求者 者の記 入する ところ	①被保険者 証	記号 番号			印		
	③事業所名称	保険証に記載の事業 所名称を記入					
	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				
		⑮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			
被扶養 者死 亡の 場合		⑯委任状	ダイヤル健保組合理事長 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めん受領代理人に 委任いたします。				
			年 月 日				
		印					
この欄は、健保組合で使用します							

ダイセル健康保険組合