

健康保険証の氏名の上をご覧ください

被保険者 健康保険 埋葬料(負)

どちらかに○をつける

※ 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	①被保険者証	記号 番号			②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	㊳	㊴	㊵	㊶	㊷	㊸	㊹	㊺	㊻	㊼	㊽	㊾	㊿	㉟
	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																																															
請求者について	⑧死亡日 平・令 年 月 日										⑨埋葬日 平・令 年 月 日																																											
	⑩氏名					⑪続柄																																																
⑫住所		〒 ー																																																				
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																																														
被扶養者死亡の場合	⑮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。 年 月 日 被保険者 住所 氏名																																																					
この欄は、健保組合で使用します																																																						

保険証に記載の事業所名称を記入

どちらか該当するほうに記入してください