

健康保険〔被保険者家族〕埋葬料(費)請求書

(ダイキン工業㈱の方は氏名コード6桁を記入して下さい)

請求者が記入するところ	被保険者証	記号		氏名コード		事業所名称		
	死亡年月日	令和 年 月 日				死亡原因		
	被保険者が死亡したとき	被保険者の氏名				被保険者に対する請求者の続柄		
						妻 ・ 夫 ・ その他 ()		
	被扶養者が死亡したとき	被扶養者の氏名				生年月日		被保険者との続柄
						昭和 平成 令和 年 月 日生		
	上記の給付金を請求し、受領を _____ に委任します。							
	〒 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名 ダイキン工業健康保険組合 理事長 殿							
	本人（被保険者）が死亡の場合、振込先をご記入ください。							
振込先	銀行 金庫 信組				店・本店 支店・出張所			
預金種別	1:普通 2:当座	口座 番号			口座 名義	(フリガナ)		

事業主が証明するところ	死亡者の氏名			死亡年月日	令和 年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します					
	令和 年 月 日	所在地 事業所の 名称		事業主の氏名		