

健保組合	常務理事	事務長	課長	主事	担当
------	------	-----	----	----	----

被保険者 埋葬料(費)請求書
被扶養者

※字句を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消し、正しい字句と被保険者氏名(サイン)を記入してください。(訂正印でも可)

※消すことのできない黒色のボールペン等を使用し、楷書で丁寧に枠内に記入してください。

※枝番の記入は不要です。

裏面の注意事項等を読んで、記入もれ・添付もれのないようにしてください。

被保険者 (請求者) 記入欄	被保険者等 記号一一番号	XXXX-XXXXXX	被保険者 氏名	川崎 太郎	請求日	令和 XX 年 XX 月 XX 日																																																																										
	死亡者氏名	川崎 太郎	被保険者と死亡者の 続柄	本人	死亡者 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 XX 年 XX 月 XX 日 <input type="checkbox"/> 令和																																																																										
	死亡日	令和 XX 年 XX 月 XX 日	死亡原因 (病名等)	心筋梗塞																																																																												
	請求者氏名 (必ず自署)	川崎 花子	被保険者と請求者の 続柄	妻	埋葬した 年月日	令和 XX 年 XX 月 XX 日																																																																										
	請求者住所	〒XXXX-XXXX ○○市 ○○町 1-2-3 川崎	4	請求者 電話番号	0XX-XXX-XXX																																																																											
	<p>・被保険者(本人)が死亡された場合 振込先は、「ゆうちょ銀行以外」を指定してください</p> <table> <tr> <td rowspan="2">振込先</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>銀行</td> <td>□本店</td> <td>□座番号 (右詰めで記入)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>信金</td> <td>XXXX <input checked="" type="checkbox"/>支店 <input checked="" type="checkbox"/>普通</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>□信組</td> <td>□出張所 □当座</td> <td>名義 (カタカナ)</td> <td colspan="7">カワサキ ハナコ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>□その他()</td> <td></td> <td></td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>							振込先	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	□本店	□座番号 (右詰めで記入)	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> 信金	XXXX <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input checked="" type="checkbox"/> 普通									□信組	□出張所 □当座	名義 (カタカナ)	カワサキ ハナコ								□その他()																																								
	振込先	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	□本店	□座番号 (右詰めで記入)	0	1	2		3	4	5	6																																																																				
		<input type="checkbox"/> 信金	XXXX <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input checked="" type="checkbox"/> 普通																																																																													
		□信組	□出張所 □当座	名義 (カタカナ)	カワサキ ハナコ																																																																											
		□その他()																																																																														
<p>・被扶養者(家族)が死亡された場合</p> <table> <tr> <td rowspan="2">委任欄</td> <td colspan="3">在籍者の方のみ記入(「任意継続被保険者」、「退職者」は記入不要) この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。 ただし、転籍等により事業主に変更があるときは、給付金支給決定時に在籍する事業主に委任します。</td> <td colspan="5">被保険者氏名(必ず自署)</td> </tr> <tr> <td colspan="5">(事業主経由で支払いができない場合に備え、下欄の振込口座も必ず記入してください。(ゆうちょ銀行を除く被保険者名義の口座のみ)</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">振込 口座 (ゆう ちょ銀 行を 除く)</td> <td colspan="5">※任意継続被保険者以外は必ず記入してください(被保険者名義の口座のみ)</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>銀行</td> <td>□本店</td> <td>□座番号 (右詰めで記入)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td></td> <td>□信金</td> <td>□支店</td> <td>□普通</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>□信組</td> <td>□出張所</td> <td>□当座</td> <td>名義 (カタカナ)</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>□その他()</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>							委任欄	在籍者の方のみ記入(「任意継続被保険者」、「退職者」は記入不要) この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。 ただし、転籍等により事業主に変更があるときは、給付金支給決定時に在籍する事業主に委任します。			被保険者氏名(必ず自署)					(事業主経由で支払いができない場合に備え、下欄の振込口座も必ず記入してください。(ゆうちょ銀行を除く被保険者名義の口座のみ)										振込 口座 (ゆう ちょ銀 行を 除く)	※任意継続被保険者以外は必ず記入してください(被保険者名義の口座のみ)										<input type="checkbox"/> 銀行	□本店	□座番号 (右詰めで記入)	0	1	2	3	4	5	6		□信金	□支店	□普通								□信組	□出張所	□当座	名義 (カタカナ)									□その他()										
委任欄	在籍者の方のみ記入(「任意継続被保険者」、「退職者」は記入不要) この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。 ただし、転籍等により事業主に変更があるときは、給付金支給決定時に在籍する事業主に委任します。			被保険者氏名(必ず自署)																																																																												
	(事業主経由で支払いができない場合に備え、下欄の振込口座も必ず記入してください。(ゆうちょ銀行を除く被保険者名義の口座のみ)																																																																															
振込 口座 (ゆう ちょ銀 行を 除く)	※任意継続被保険者以外は必ず記入してください(被保険者名義の口座のみ)																																																																															
	<input type="checkbox"/> 銀行	□本店	□座番号 (右詰めで記入)	0	1	2	3	4	5	6																																																																						
	□信金	□支店	□普通																																																																													
	□信組	□出張所	□当座	名義 (カタカナ)																																																																												
	□その他()																																																																															
事業主 証明欄	死亡者および死亡年月日は、上記のとおりであることを証明します。																																																																															
	令和 年 月 日			住所																																																																												
	事業主 名称																																																																															
	氏名																																																																															

組合 決 定 欄	支給決定 金額	円	支給 決定日		支給日	
	備考					