

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

☒被保険者
☐被扶養者 埋葬料(費)請求書

※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-番号	×××-××××××	被保険者 氏名	川崎 太郎	請求日	令和 ×× 年×× 月×× 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 ×年××月××日 <input type="checkbox"/> 令和
	死亡日	令和 ×× 年×× 月×× 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 ×年××月××日
	請求者住所	〒×××-×××× 〇〇市 〇〇町 1-2-4			請求者 電話番号	0××-×××-××××
	字句の訂正方法					
	・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					
	振込先	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 ×××× <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信金 ×××× <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他()		口座番号 (右詰めで記入)	0 1 2 3 4 5 6	
	名義 (カタカナ) カワサキ ハナコ					
	・被扶養者(家族)が死亡された場合					
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 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他()		口座番号 (右詰めで記入)				
		名義 (カタカナ)				
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					