

健康保険 被保険者 埋葬料 (費) 請求書
 家族 埋葬料付加金

◎記入方法は記入例をご覧ください。

◎適正な給付決定処理を行う為に個人情報を利用させていただきます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	記号 1	フリガナ ケンポ アキウ	③ 続柄 本人	④ 被保険者の生年月日 昭平 38年11月19日
	② 被保険者名又は請求者の氏名	番号 〇〇	健保明	印	
記 入 す る と こ ろ	⑤ 被保険者(請求者)の住所	郵便番号 275-0011	電話 047(431)0000		
		フリガナ チバケン ナラミノシ オオクボ	千葉県習志野市大久保〇-〇-〇		
記 入 す る と こ ろ	⑥ 事業所の名称	スターバックスコーヒージャパン株式会社	電話	()	
	⑦ 死亡した年月日	平成24年4月7日	⑧ 死亡原因 心不全	⑨ 第三者行為によるものですか はい: <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> (業務外・業務上)	
記 入 す る と こ ろ	被扶養者が死亡した場合のみ記入	フリガナ ケンポ フサエ	⑪ 生年月日 昭和・平成 16年2月25日	⑫ 被保険者との続柄 母	
	被保険者が死亡した場合のみ記入	⑩ 被扶養者氏名(死亡者名) 健保フサ江	⑬ 被保険者氏名(死亡者名)	⑭ 被保険者と請求者との身分関係	⑮ 被保険者の標準報酬月額
記 入 す る と こ ろ	⑯ 備考	⑰ 埋葬した年月日	平成 年 月 日	⑱ 埋葬に要した費用の額	

事 業 主 が 証 明 す る 欄	⑲ 死亡した者の氏名		⑳ 死亡した者	被保険者・被扶養者
	㉑ 死亡した年月日	平成 年 月 日	死亡	
	うえの事より相違ないことを証明します。平成 年 月 日			
㉒ 事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名				
電話番号				

給 付 金 の 受 け 取 り 方 法 に 関 する 欄	支 払 先 及び支払方法	⑲ 支 払 先 本人(請求者)に支払う				
		⑳ 支 払 方法 銀行振込				
	㉕ 振 込 先 金融機関 (口座名義を記入して下さい)	金融機関番号	〇〇	金融機関名	〇〇 銀行	
		支店番号	〇〇	支店名	〇〇 支店	
		口座番号	(普・貯・当) 〇〇〇〇〇〇			
		フリガナ	ケンポ アキウ			
口座名義	健保明					

受付日付印