

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

ダイフク健康保険組合 殿

年 月 日

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号・番号	—	事業所名		
	被保険者（請求者）の住所				
	被保険者（請求者）の氏名				
	死亡年月日	年 月 日	死亡原因（傷病名等）		
	被保険者が死亡したための請求であるときは、その請求者の	氏名		死亡した被保険者と請求者の続柄	
		埋火葬年月日	年 月 日	埋火葬に要した費用 ※ 被扶養者以外の請求の場合	円
	被扶養者が死亡したとき、その者の	氏名 生年月日		年 月 日生	続柄
	死亡が第三者の行為によるものであるときは、第三者の住所、氏名	（別途、「負傷届・第三者行為用」を提出してください）			
振込希望銀行名 〔被保険者、または受取代理人名義のものを記入〕	銀行	支店	普通・口座番号	口座名義(か)	

事 業 主 証 明	死亡した者の氏名および年月日		年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	年 月 日	事業主の住所	氏名
	<input type="checkbox"/> 事業所担当確認欄		<input type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか請求者本人に確認している。

この欄は、給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ記入ください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	代理人の氏名	被保険者との関係
	年 月 日		
	被保険者（請求者）住所	代理人の住所・電話番号	
	氏名	住所	電話 ()

※ 被扶養者以外の方が請求される場合、埋火葬に要した費用の「領収書」及び「明細書」を添付してください。