# 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

XX年　XX月　XX日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者（請求者）が記入するところ | 被保険者の記号・番号 | 11　－　123456 | | 事業所名 | 株式会社〇〇〇〇 |
| | 被保険者（請求者）の住所 | 〇〇県〇〇市△△町１－２－３ | | | |
| | 被保険者（請求者）の氏名 | 健保　太 | | | |
| | 死亡年月日 | XX 年　XX 月　XX 日 | | 死亡原因（傷病名等） | 心不全 |
| | 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<br>生年月日 | 健保　美代<br>XX 年 XX月 XX日 生 | 続柄 | 母 |
| | 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） | 〇〇　銀行　△△　支店　普通・口座番号 123456　口座名義(ｶﾅ)　ケンポ タロウ | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業主証明 | 死亡した者の氏名および年月日 | 健保　美代 | XX年　XX月　XX日 死亡 |

上記のとおり相違ないことを証明します。

XX 年　XX 月　XX 日

※事業主（会社）が記入（証明）して下さい。

事業主の 住 所　〇〇県〇〇市△△町１

氏 名　株式会社〇〇〇〇
〇〇　〇〇〇

| 事業所担当確認欄 | ☑ 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。<br>年　月　日<br>被保険者（請求者）<br>住 所<br>氏 名 | 代理人の氏名 | 被保険者との関係 |
| | | | |
| | | 代理人の住所・電話番号 | |
| | | 住 所<br>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。