

# 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	被保険者証の記号・ 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 太郎				
	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 生年月日	健保 美代 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)				

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	<input checked="" 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。