

# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

請求者が記入するところ	① 被保険者等 記号と番号	記号		② フリガタナ 被保険者 (請求者)の 氏名と印		③	印	
	④ 被保険者 (請求者)の 現住所	〒 ー TEL ( )						
	⑤ 被保険者の勤務 していた、また は勤務している 事業所の	(ア) 名称						
		(イ) 所在地	TEL ( )					
	⑥ 死亡した年月日	令和 年 月 日			⑦ 死亡した理由			
	⑧ 被保険者が死亡した ための請求である ときはその方の	(ア) 被保険者 氏名				(イ) 被保険者と請求者との 身分関係		
		(エ) 埋葬した 年月日	令和 年 月 日		(オ) 埋葬に要した費用の額		円	
⑨ 被扶養者が死亡した ための請求である ときはその方の	(ア) 被扶養者 氏名			(イ) 生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	(ウ) 被保険者 との続柄		
⑩	備考							

支払希望の銀行 又は信用金庫 普通預金 指定	振込先 金融機関名	銀行 金庫						店				
	銀行コード							支店コード				
	口座番号	普通預金	No.									
	口座名義人	(フリガタ)										

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者印	印
--------------------	---

税務会計監査事務所健康保険組合