

記入例

健康保険被保険者家族埋葬料（費）請求書

※事業主の証明が証明がとれないときは、「死亡診断書」「死体検案書」「検視調書」の写し、または市区町村の「埋（火）葬許可証」の写しを添付して下さい。また、埋葬費のとき、必要事項を全て記入（及び捺印）下さい。訂正箇所については、捺印した印と同一印で訂正下さい。必要書類についてはホームページを参照し、添付して下さい。振込先は、事業所指定口座の場合、当組合・給付係までご連絡下さい。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		請求者の氏名と印		健保 好子		健保
	227	550	氏名と印				
	請求者の住所		〒 170 - 00XX 東京都豊島区北大塚 1-△-△ TEL 03-1234-XXXX				
	被保険者の勤務先		株式会社 ○○広告 東京都豊島区西大塚 1-5-1				
	死亡した年月日		平成 27 年 4 月 5 日	死亡した原因		胃がん	
事業主が証明するところ	被保険者が死亡したための請求であるときはその者の						
	氏名	健保 一郎	埋葬した年月日	平成 27 年 4 月 8 日	埋葬に要した費用	金 円 (別紙証拠書のとおりに)	
	被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の						
	氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成	被保険者の続柄		
	第三者の行為によつて死亡した時は	その事実の有無	ある ない	第三者の氏名と住所（不明な時はその旨）			

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	被保険者・家族の別	被保険者・家族
	死亡した年月日	平成 年 月 日 死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日		
	住所 事業主 事業所名 氏名	※ “死亡診断書” “埋火葬証明書” 等の死亡日の確認出来る書類の添付が必要です。	
		TEL	

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。平成 年 月 日	
	被保険者（申請者）	住所 _____ 氏名 _____ 印
	代理人（健保口）	住所 _____ 氏名 _____ 印

振込金融機関	銀行コード 5	銀行 店番 359	本店 支店
	金融機関 三菱東京UFJ	信用金庫 池袋	
	口座番号 No. 1 2 3 4 5 6 7	フリガナ ケンボ ヨシコ 口座名義 健保 好子	

平成〇〇年〇月〇日
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 TEL 03 (3576) 3511