

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 被保険者証の記号と番号	記号		② フリガナ		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	平成 年 月 日	令和	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	平成 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 年 月 日	平成 年 月 日	(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	(フリガナ)					

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