

| | | | | | |
|------|----------|-------|--|----------|--|
| 支給額 | 円 | | | | |
| 支給内訳 | 埋葬料(費) | 円 | | | |
| | 家族埋葬料 | 円 | | | |
| 資格取得 | 平成 年 月 日 | 支給決定日 | | 平成 年 月 日 | |
| 資格喪失 | 平成 年 月 日 | 支給日 | | 平成 年 月 日 | |
| 備考 | | | | | |

被保険者 家族 埋葬料(費) 請求書

(注 意 事 項)
 死亡した被保険者と生計関係のない者が請求する場合は、標題の料の文字を抹消し、の欄を必ず記入するとともに、埋葬に要した費用の内訳として品目、数量および単価を記載した領収書を添えてください。
 死亡が第三者の行為による場合は、第三者行為による死亡届を別に添付してください。
 印洩れのないよう、かつ、はっきり押印し、訂正箇所にはそれぞれの印で訂正印を押してください。

| | | | | | |
|--|------------|----------------------|--------------------------|------------------------|-----------------|
| 被保険者証の記号・番号 | 記号 | 番号 | 被保険者の勤務していた、または勤務している事業所 | (ア) 名称 | 〇〇株式会社 |
| | 〇〇〇 | 123 | | (イ) 所在地 | 神奈川県××市〇〇町1-1-1 |
| 死亡した年月日 | 平成〇〇年××月 日 | | 死亡原因 | 胃癌 | |
| 被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の | | | | | |
| (ア) 氏名 | 健保 太郎 | | (イ) 埋葬した年月日 | 平成〇〇年××月 日 | |
| (ウ) 埋葬に要した費用 | 金 円 | (エ) 被保険者の(最後の)標準報酬月額 | 340千円 | (オ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係 | 妻 |
| 被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の | | | | | |
| (ア) 氏名 | 該当せず | | (イ) 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 | (ウ) 被保険者との続柄 |
| 老人保健法の医療を受けていた方の死亡請求であるときは、記入して下さい | | | | | |
| 市町村番号 | | 受給者番号 | | 発行機関名 | |
| 備考 | | | | | |
| 払渡希望の銀行名 | 〇〇〇 銀行 | ××× 支店 | 普通当座 | 12345678 | 口座名 健保 花子 |
| 上記のとおり請求します。 平成 〇〇年 × 月 日 | | | | | |
| 請求者の 住所 〇〇県 市××区 町1-2-3 氏名 健保 花子 | | | | | |
| 富士ソフト健康保険組合理事長殿 健保 | | | | | |

| | | | | |
|--------|---------------------------------|---|-------|-----------|
| 事業主の証明 | 死亡した者の氏名 | 健保 太郎 | 死亡した者 | 被保険者 被扶養者 |
| | 死亡した年月日 | 平成 〇〇年 × 月 日 | 死亡 | |
| | うえのとおり相違ないことを証明します。平成 〇〇年 × 月 日 | | | |
| | 所在地 | 神奈川県××市〇〇町1-1-1 | | |
| 事業主 | 事業所名 | 〇〇株式会社 | | |
| | 事業主氏名 | 代表取締役 鎌倉 一郎 〇〇 株式会社 | | |

| | | | | | |
|----------|----------------------------------|-----|------|-----|--|
| 委任状 | 私は 被保険者 家族 埋葬料(費) の受領を()に委任します。 | | | | |
| | 平成 年 月 日 | | | | |
| | 請求者の | 住所 | | | |
| | | 氏名 | (印) | | |
| | 委任された者の | 住所 | | | |
| | 氏名 | (印) | | | |
| 払渡希望の銀行名 | 銀行 | 支店 | 普通当座 | 口座名 | |

富士ソフト健康保険組合