

# 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 被保険者の証	記号	番号	② 請求書の氏名	印	
	③ 請求者の住所		〒 _____ 電話 ( _____ )			
	④ 被保険者の勤務していた、または勤務している事業所の			名称		
				所在地		
	⑤ 死亡した年	令和 _____ 年	_____ 月	_____ 日	⑥ 死亡原因	⑦ 第三者の行為によるものですか 1: はい 2: いいえ
	⑧ 被扶養者が死亡したとき	被扶養者氏名	⑦ _____	⑧ 生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑨ 被保険者との続柄
	⑩ 被保険者が死亡したとき	被保険者氏名	⑩ 被保険者との関係	_____	被保険者の標準報酬月額	千円 _____
		埋葬した年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	埋葬に要した費用	_____ 円	_____ 円
	⑪ 備考					

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者	死亡した年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日死亡
	うえのとおり相違ないことを証明いたします。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
	住所				
	事業主氏名	⑫	電話	( _____ )	

委任欄	私は事業主である下記のことを代理人と定め、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に請求した給付金の受領方を委任します。				
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
	事業所所在地				
	名称				
	事業主氏名 <span style="float: right;">⑬</span>				
請求者氏名 <span style="float: right;">⑭</span>					
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日提出					
<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> 受付日付印					
東京都家具健康保険組合					