

健康保険 被保険者 埋葬料・埋葬費請求書  
家族

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

請求日 年 月 日 ※被保険者氏名、委任状欄は入力できません。手書きでお願いします。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号 - 番号 -	被保険者 氏名 (請求者)	(フリガナ)		
	事業所	所 属		(内線・外線 )		
	死亡年月日	年 月 日	死亡原因	第三者行為に よる死亡で	ある・ない	
	被保険者が 死亡した場合	氏名	請求者との 身分関係		※	
	※請求者が被保険者の被扶養者・家族ではない、その他の第三者の場合は、以下の①・②もご記入願います。					
		①埋葬年月日	年 月 日	②埋葬に要した費用	円	
被扶養者が 死亡した場合	氏名	被保険者のと続柄				
※ 在職中の方で、被扶養者が亡くなった場合は以下もご記入ください。						
委 任 状	工機ホールディングス健康保険組合 理事長 殿 本請求に基づく給付金の受領を 殿に委任します。 年 月 日 住所 請求者 氏名					
※任意継続者は記入不要です						

事 業 主 の 証 明	死亡した者の 氏 名	死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡年月日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住所 事業主 名称 氏 名				

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 死亡診断書の写し、または、埋葬・火葬許可証の写し
	<input type="checkbox"/> 権利継承届 K0420 (被保険者が死亡した場合のみ)
※請求者が被保険者の被扶養者・家族ではないその他の第三者の場合は以下の書類も添付願います。	
<input type="checkbox"/> 葬儀費用の領収証 (原本)	
<input type="checkbox"/> 葬儀費用の見積書 (写し)	

【請求者振込先記入欄】 ※請求者が在職中の場合は記入不要です。

振 込 先	銀行	店	<input type="checkbox"/> 座番号	預金種別	普通	当座
	信金		フリガナ			
	信組	支店	<input type="checkbox"/> 座名義			
	労金	出張所	電話番号			
	農協					

健 保 記 入 欄	資格取得日	支給額	円
	資格喪失日		
備考		出納印	受付印