

健康保険

被保険者

家族

埋葬料・埋葬費請求書

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

請求日 令和元 年 5 月 25 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号 - 番号 1 - 12345	被保険者 氏名 (請求者)	(刀ガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子
	事業所	〇〇〇〇株式会社	所属	人事総務部 (内線・外線)
	死亡年月日	令和元 年 5 月 7 日	死亡原因	腎不全 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 健保 太郎	請求者との 身分関係	※ 配偶者
※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				

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 各事業所にて証明 ※(KHD)は人事総務部にて証明				

添 付 書 類	<input checked="" type="checkbox"/> 死亡診断書の写し、または、埋葬・火葬許可証の写し
	<input checked="" 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	口座番号	1234567	預金種別	普通	当座
	信金	信組	刀ガナ	ケンポ ハナコ			
	日立	ひたちなか	支店	口座名義	健保 花子		
	労金	出張所		電話番号	090-1234-5678		
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