

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 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)	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎
	事業所	〇〇〇〇株式会社	所 属	人事総務部 (内線・外線 711-3741)
	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・ <u>ない</u>
	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	健保 花子 配偶者

※ 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。 令和元 年 5 月 25 日 住所 〇〇県〇〇市〇〇町2211 請求者 氏名 健保 太郎
-----	---

※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 事業主 住所 氏名 氏名 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 type="checkbox"/> 権利承継届 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 支店 出張所	口座番号	預金種別	普通 ・ 当座
	信金		フリガナ		
	信組		口座名義		
	労金 農協		電話番号		

健 保 記 入 欄	資格取得日	支給額	円	出 納 印	受 付 印
	資格喪失日				
備考					