

(秘密)

資格	取得 年 月 日	支払金額 ¥	担当	事務長	常務理事	会計	台帳
	喪失 年 月 日						
被扶養者		法定 ¥50,000	付加 ¥		決裁 年 月 日		

健康保険 被保険者 埋葬料(費)請求書
被扶養者

令和 年 月 日

請求 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号		請求者の 氏名と印	印		
	請求者の現住所	(〒 -)				
	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	名称				
		所在地				
	死亡した日	令和 年 月 日	死因			
	埋葬した日	令和 年 月 日				
	被扶養者 死亡時	被扶養者氏名	被扶養者生年月日 年 月 日生	被扶養者 との続柄		
	被保険者 死亡時	被保険者氏名	被保険者生年月日 年 月 日生	被保険者 との続柄		
		振込銀行 銀行 信用金庫	支店	口座の名義(カタカナ)	口座番号 普通 No	
	死亡した者 の氏名			死亡した者	被保険者 ・ 被扶養者	
死亡した日	令和 年 月 日死亡					
証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	令和 年 月 日					
	住所 事業主 氏名					
				印		