

【被保険者死亡の場合】

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 被扶養者 埋葬料(費)請求書

書類の提出日 平成 22 年 5 月 10 日

朱印を忘れずに

請求者記入欄	被保険者証の記号・番号	10-101010		請求者の氏名と印	健保 花子 印	
	請求者の現住所	(〒 600 - 8530) 京都市下京区塩小路通堀川東入南不動堂町 801				
	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	オムロン株式会社 (K)			
		所在地	京都市下京区塩小路通堀川東入			
	死亡した日	平成 22 年 3 月 11 日	死因	〇〇〇〇		
	埋葬した日	平成 22 年 3 月 12 日	死亡診断書から転記			
	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	健保 太郎		被保険者生年月日	S45 年 1 月 25 日生
		振込銀行	都 銀行 信用金庫	洛中 支店	口座の名義(カタカナ)	ケンポハナコ
	死亡した者の氏名	健保太郎		被扶養者・被保険者		
死亡した日	平成	年	月	日	死亡	
事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	平成	年	月	日		
	住所	事業主 氏名				
お勤めの会社の総務担当者が記載する欄です					印	

*被扶養者の請求には死亡診断書等の証明が必要です