

【被扶養者死亡の場合】

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 太郎		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						請求者が住んでいる住所	
	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	オムロン株式会社 (K)					OC の場合はロケも記載	
		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				死亡診断書から転記
	埋葬した日	平成 22 年 3 月 12 日							
	被扶養者 死亡時	被扶養者氏名	健保 和男		被扶養者生年月日	S20 年 6 月 30 日生		被扶養者 との続柄	長男
	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	「子」ではなく 続柄を明記
		振込銀行	銀行 信用金庫 支店				口座番号 普通 No		
	事業主証明欄	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		平成 年 月 日死亡							
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									

\*被扶養者の請求には死亡診断書等の証明が必要