

## 【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	○○○○			
	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 <b>健保 和男</b>	被扶養者生年月日 <b>S20年 6月 30日生</b>	被扶養者との続柄	<b>長男</b>			
	被保険者死亡時	被保険者氏名	被保険者生年月日 <b>年 月 日生</b>	被保険者との続柄				
		振込銀行 銀行 信用金庫	被扶養者死亡時、振込口座の記入は不要です				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