

# 【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 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>		
	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			
	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 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	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

# 【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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>		
	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	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 S45 年 1 月 25 日生		被保険者との続柄	妻	
		振込銀行	口座の名義(カタカナ)		口座番号 普通 No 12345678		
	死亡した者の氏名	都 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> 信用金庫 洛中 支店		ケンポハナコ		埋葬料を受け取る口座を記入	
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	

\*被扶養者の請求には死亡診断書等の証明が必要です