

(秘密)

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

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	* 自署の場合は押印不要 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			
		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.	被保険者との続柄	
	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		令和 年 月 日	死亡			
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						

* 被扶養者の請求には死亡診断書等の証明が必要です