

健康保険 被保険者 埋葬料(費)・付加金請求書

記載例

◎被保険者等記号・番号は①マイナンバー、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかで確認し記入してください。	①被保険者等記号・番号				②被保険者(請求者)の氏名			③生年月日											
	1	2	3	4	1	2	3	健保 太郎(健保 花子)			5:昭 7:平 9:令	0	3	1	1	1	5		
	④被保険者(請求者)の住所				〒〇〇-〇〇 東京都中央区△△ ×-×			電話 〇〇(〇〇)〇〇											
	⑤事業所の名称		〇〇土建株式会社																
	⑤事業所の所在地		東京都中央区□□ 1-1-1										電話 00(0000)0000						
	⑥死亡した年月日				7:平 9:令	0	5	1	0	0	1	⑦死亡した原因			⑧第三者行為によるものですか				
								〇〇〇			いいえ・はい								
	⑨被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の				⑦被扶養者氏名			①生年月日			⑦被保険者との続柄								
								5:昭 7:平 9:令											
	⑩被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の				⑩被保険者氏名			⑫被保険者と請求者との身分関係											
				健保 太郎			妻												
				⑭被保険者の標準報酬月額			⑮埋葬した年月日			⑯埋葬に要した費用									
				440 千円			7:平 9:令	0	5	1	0	0	3	500,000 円					
(備考)																			

◎資格確認書(健康保険証)のいずれかで確認し記入してください。	⑬死亡した者の氏名				⑰死亡した者			⑱死亡年月日			7:平 9:令				
					被保険者			被扶養者							
	⑲上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日														
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ()															

◎「1. 個人振込」または「2. 事業所払い」のどちらかを記入してください。

通帳のコピー、キャッシュカードのコピー等

1. 個人振込

口座確認のため、通帳等の銀行名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義の記載のある部分のコピーを必ず添付してください。

支払金融機関欄	金融機関コード					支店番号					口座番号					
	金融機関名	銀行										支店				
	預金種別	普通・当座	口座名義人(カタカナ)													

2. 事業所払い(個人振込の場合は記入しないでください)

令和 年 月 日提出
組合受付印

委任状	私は下記の者を代理人と定め埋葬料(費)・同付加金の受領方を委任します。 令和 年 月 日														
	被保険者氏名(請求者) _____														
	給付金受領責任者 _____														