

(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 被扶養者 埋葬料(費)請求書

令和 年 月 日 消える筆記具(鉛筆、フリクションペン等)は使用不可

請求者記入欄	被保険者等の 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 (退職者は不要)	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