

健康保険 被保険者 埋葬料(費) 請求書

本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の氏名と印	印			生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日 生まれ
	請求者の氏名と印	印			被保険者からみた請求者の身分関係	
	被保険者又は請求者の住所・電話	〒				日中連絡が取れる電話番号 TEL ()

申請内容	●死亡した方について				
	①死亡した年月日	令和 年 月 日	②死亡原因	③他人の行為によるものですか 1. はい 2. いいえ	
	※以下、①②のどちらかにチェック <input checked="" type="checkbox"/> して記入してください。				
	<input type="checkbox"/> ①家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき				
ご家族の氏名	生年月日		1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日	被保険者との続柄	
<input type="checkbox"/> ②被保険者が死亡したための申請であるとき					
埋葬に要した費用の額	円	埋葬した年月日	令和 年 月 日	備考	
		(別紙証拠書のとおり)			

事業主証明欄	死亡した者の氏名	被保険者・被扶養者の別	1. 被保険者 2. 被扶養者	死亡した年月日	令和 年 月 日
	上記の通り相違ないことを証明いたします。				
	事業主	郵便番号 〒	住所 名称 氏名	印	TEL ()
社会保険労務士の提出 代行者名記載欄				印	

振込先指定口座	【口座名義の区分】 <input type="checkbox"/> 被保険者・請求者 <input type="checkbox"/> 代理人(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。)				
	銀行名		支店名		支店コード
	銀行		支店		預金種別 1. 普通 2. 当座
	口座番号		口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1文字としてご記入ください。)		
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)					
注意事項 ※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を優先します。 ※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付日が遅れることがあります。					

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者・請求者	氏名	印
代理人(口座名義人)	住所 〒	氏名	印
			委任者と代理人の関係

受付日付

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。