

本請求書は事業主経由で提出される書類です。  
□に✓してください。

該当する方を○で囲んでください。

### 健康保険 被保険者 被扶養者 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☑)

※必ず2枚目の注意事項をお読みください 請求者が記入するところ	①被保険者証の記号番号	10	123	②被保険者の氏名	健保 拓哉		
	③被保険者の現住所	〒221-0056 横浜市神奈川区金港町6-20			電話 045(000)1111		
	④被保険者の勤務している又は勤務していた事業所の	ア) 名称	(株)リクルート		所属部署	人事総務部 電話 03(6111)2222	
		イ) 所在地	東京都千代田区丸の内1-9-2				
	⑤死亡した年月日	平成 28 年 12 月 28 日		⑥死亡原因	脳梗塞		⑦ 第三者の行為によるものですか はい・いいえ
	⑧被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	カ) 被保険者氏名	健保 拓哉		エ) 被保険者と請求者との身分関係	妻	
		キ) 埋葬した年月日	平成 年 月 日		カ) 埋葬に要した費用	金 円 (別紙証拠書のとおり)	
	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	ク) 氏名	該当せず		キ) 生年月日	年 月 日	ケ) 被保険者との続柄
		備考					
	上記のとおり請求いたします。平成 29 年 1 月 10 日						
請求者 住所 〒221-0056 横浜市神奈川区金港町6-20 氏名 健保 花子 (健保印) 日中連絡が取れる電話番号 090(333) 2222 リクルート健康保険組合 殿							

埋葬費の場合は必ず記入し、領収書を添付してください。

被保険者が死亡したときは「該当せず」と記入してください。

事業主証明欄	死亡した者の氏名	死亡した者は	被保険者被扶養者	死亡した年月日	平成 年 月 日 死亡
	うえのとおり相違ないことを証明いたします。平成 年 月 日				
事業主 住所 〒 氏名 (印) 電話 ( )					

振込先受取人	銀行名	支店名	支店コード
	三菱東京UFJ 銀行	丸の内 店	1: 2: 3
預金種目	口座番号	口座名義(カナ)	
1.普通 2.当座	3:4:5:6:7:8:9	ケンボ ハナコ	

※振込先は、ゆうちょ銀行以外の金融機関をご記入ください

カナで記入してください

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。平成 年 月 日		
	請求者の住所 〒 氏名 (印)		
	代理人の住所 〒 氏名 (印)	(委任者と代理人の関係)	

給付金の受領を委任する場合は、請求者・代理人それぞれが記入・捺印してください。

同一筆跡・同一印影は不可といたします。

※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。

●被保険者証の記号・番号に代えて個人番号を記入する場合の例

個人番号欄は別途設けていませんので、被保険者証の記号・番号欄に個人番号を記入してください。

被保険者  
被扶養者 限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の記号・番号	123456789012	事業所名称 (所属する会社名)
-------------	--------------	-----------------

記号・番号欄に 12 桁の記号番号を記入してください (記号と番号の間の線は無視していただいて結構です)

※被保険者証の記号・番号に代えて個人番号で届け出をする場合、個人番号確認、身元確認の為、別途書類を提出いただく必要があります。必要提出書類の詳細はホームページ備考欄をご覧ください。