

健保組合	常務理事	事務長	課長	主事	担当
------	------	-----	----	----	----

被保険者 被扶養者 **埋葬料(費)請求書**

裏面の注意事項等を読んで、記入もれ・添付もれのないようにしてください。

被保険者・被扶養者等記入欄	保険証 記号	X X X	番号	X X X X X X	被保険者氏名	川崎 太郎	請求日	平成 XX 年 XX 月 XX 日
	死亡者の氏名	川崎 太郎			被保険者と死亡者の続柄	本人	死亡者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 XX 年 XX 月 XX 日 <input type="checkbox"/> 平成
	死亡日	平成 XX 年 XX 月 XX 日		死亡原因(病名等)	心筋梗塞 外傷や第三者行為(交通事故等)の場合、傷病原因届を添付してください			
	請求者の氏名	川崎 花子			被保険者と請求者の続柄	妻		
振込方法等	請求者の住所	〒 XXX - XXXX 〇〇市 〇〇町 1-2-3			請求者の電話番号	0XX - XXX - XXXX		
	・被保険者(本人)が死亡された場合				振込先は、「ゆうちょ銀行以外」を指定してください			
	振込先	〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td> <td>△△</td> <td><input type="/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
名義	カタカナで記入 カワサキ ハナコ			埋葬した年月日	平成 XX 年 XX 月 XX 日			
事業主証明欄	・被扶養者(家族)が死亡された場合				この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。氏名 (印)			
	委任欄	※「川崎重工業、任意継続」以外の事業所の方は、右記を記入してください						
死亡者および死亡年月日は、上記のとおりであることを証明します。 平成 XX 年 XX 月 XX 日 住所 〇〇市 〇〇町 3-2-1 事業主 名称 (株)〇〇〇〇 氏名 △△ △△								

事業主印

組合決定欄	支給決定金額	円	支給決定日	支払日
	備考			