健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）請求書

東京貨物運送健康保険組合

被保険者（請求者）が記入する欄

① 被保険者証の 記号・番号	記号		② 被保険者 （請求者）の 氏名・生年月日	フリガナ 大・昭・平　年　月　日	③ ㊞
	番号				
④ 被保険者（請求者）の住所	〒　－ 電話　（　）				
⑤ 被保険者の勤務していた 又はしている事業所の	名称				
	所在地				
⑥ 死亡した日	平成　年　月　日	⑦ 死亡した原因			
⑧ 被扶養者（家族） が死亡したとき	死亡した被扶養者（家族）の氏名	生年月日 昭和 平成　年　月　日	被保険者（本人）との続柄		
⑨ 被保険者（本人） が死亡したとき	死亡した被保険者（本人）の氏名	被保険者（本人）と請求者との身分関係	埋葬した日 平成　年　月　日	埋葬に要した費用 円	

次のいずれかに該当するときは記入してください

・被扶養者（家族）の死亡が被扶養者認定日後３か月以内のとき、認定日以前に被保険者（本人）として加入していた場合はその時の被保険者証に記載の 保険者名＿＿＿＿＿＿＿＿電話番号＿＿＿（　　）＿＿＿＿被保険者証　記号＿＿＿＿番号＿＿＿＿

・被保険者（本人）の死亡が資格喪失後３か月以内の請求の場合は資格喪失後に加入した被保険者証に記載の保険者名＿＿＿＿＿＿＿＿電話番号＿＿＿（　　）＿＿＿＿被保険者証　記号＿＿＿＿　番号＿＿＿＿

事業主の証明する欄

死亡した者の氏名		死亡した者は	被保険者・被扶養者	死亡した日	平成　年　月　日

⑩

うえのとおり相違ないことを証明します。　　平成　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　㊞　　電話　（　）

給付金支払金融機関

1．被保険者（請求者）口座に振り込み

（※番号を○で囲んでください）

2．委任状により受領代理人の口座に振り込み

被保険者（請求者）（委任者）　氏名　　㊞

受領代理人（受任者）　〒　－

住所

氏名　　㊞

預金種別 金融機関名	普通・当座・貯蓄・ その他（　）	銀行・信金 信組・農協	本店 支店 支店番号（　）
口座番号		口座名義	カタカナ

（注意事項）

1．①は、健康保険の被保険者証に記載されています。③と⑩の印は必ず押印してください。

2．⑨欄で、死亡した被保険者の被扶養者以外の者が請求（この場合は、埋葬費となります）する場合は、埋葬に要した費用の領収書（費用の内訳として品名、数量、単価及び金額が明記）を添えてください。

3．給付金の受け取りを他人に委任するときは、給付金支払金融機関欄の２．に○印をして記入、押印してください。

4．口座名義はカタカナで記入してください。

（添付書類）

事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に市区町村長の埋火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書のいずれか一つ（写し可）を添付してください。

平成　年　月　日　提出

受付日付印