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被保険者等記号・番号	記号	1000	②被保険者（請求者）の氏名・生年月日	フリガナ トウカ タロウ　トウカ ハナコ 東貨 太郎 請求者（東貨 花子） 昭・平・令 58年 5月 1日
	番号	123		
③被保険者（申請者）の住所	〒 100 — 0001 東京都新宿区〇〇1-1 〇〇マンション101 電話 03（××××）××××			
④被保険者の勤務していた又はしている事業所の	名称	㈱〇〇運送		
	所在地	東京都港区〇〇2-2		

⑤死亡した日	令和 6年 4月 29日	⑥死亡した原因	心筋梗塞

⑦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	被保険者（本人）との続柄
		昭和 平成 令和 年 月 日	

⑧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	埋葬に要した費用
	東貨 太郎	妻	令和 6年 5月 4日	600,000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ヶ月以内のとき、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【 （ ） 】記号【 】番号【 】

・被保険者（本人）の死亡が資格喪失後３ヶ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【 （ ） 】記号【 】番号【 】

事業主の証明する欄

死亡した者の氏名	東貨 太郎	死亡した者は	被保険者・被扶養者	死亡した日	令和 6年 4月 29日

⑨

うえのとおり相違ないことを証明します。　令和 6年 5月 10日

事業所所在地 東京都港区〇〇2-2

事業所名称 ㈱〇〇運送

事業主氏名 〇〇 二郎　電話 03（××××）××××

給付金支払金融機関

1.（被保険者（請求者）口座に振り込み　　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

（※番号を〇で囲んでください）

預金種別	普通・当座・貯蓄	〇〇	銀行・信金	〇〇	本店						
金融機関名	その他（ ）		信組・農協		支店	支店番号（ 111 ）					
口座番号		1	2	3	4	5	6	口座名義	カタカナ トウカ ハナコ		

《注意事項》

1. ①は、マイナ保険証等で確認してください。
2. ⑧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原本と明細書原本（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の2. に〇印をして記入してください。
4. 口座名義はカタカナで記入してください

令和 年 月 日 提出

受付日付印

《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書、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。