

健康保険

被保険者
被扶養者

埋葬料(費)請求書

| | | | | |
|-------------|-------------------------------|----------|----------|-------|
| 請求者が記入するところ | 被保険者の記号・番号 | | 請求者の氏名と印 | Ⓜ |
| | 請求者の現住所 | 〒 電話 () | | |
| | 被保険者が勤務していた又は勤務する事業所名 | | | |
| | 死亡年月日 | 年 月 日 | 死亡原因 | |
| | 被保険者(本人)が死亡したための請求であるときは、その者の | | | |
| | 氏名 | | 埋葬した年月日 | 年 月 日 |
| | 埋葬費用 | | 被保険者との続柄 | |
| | 被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 被保険者との続柄 | | 備考 | |

※被保険者死亡で、被扶養者以外のものが請求する時は埋葬に要した費用の領収書を添付

| | | | | |
|--------|--|-------|---------------|-------|
| 事業主証明欄 | 死亡者氏名 | | 死亡者の被保険者資格の有無 | 有 ・ 無 |
| | 死亡年月日 | 年 月 日 | 死亡 | |
| | うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 名称 氏名 Ⓜ | | | |

| | | | |
|-------------|--------|-----------|---|
| 給付金受領委任状 | | | |
| 上記申請給付金の受領を | | に委任いたします。 | |
| 年 月 日 | 被保険者氏名 | | Ⓜ |

日本交通健康保険組合

受付印

※死亡届、埋葬許可証等、日付がわかるものを添付してください。

