

被保険者・家族(被扶養者) 埋葬料(費) 請求書

◎この請求書に記載されている個人情報には提供いたしません。

◎埋葬料の請求は、死亡した被保険者に生計維持されていた者(例妻)ができません。

◎埋葬料の請求は、埋葬料の請求者がいない場合に請求でき、埋葬に要した請求書と領収書を添付して下さい。

◎業務上の原因、通勤途上の災害による死亡は、埋葬料(費)は支給されません。

◎死亡が第三者によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付して下さい。

請求者が記入するところ	被保険者証	記号	事業所名(または勤務していた事業所名)		
		番号			
	被保険者(請求者)氏名	フリガナ	氏 名		※ 印
	被保険者(請求者)現住所	〒			自宅電話 携帯電話
	死亡した被保険者の氏名 →				
	被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	フリガナ	氏 名		生年月日
	死亡した年月日	令和	年	月	日
	埋葬した年月日	令和	年	月	日
	死亡が第三者の行為によるものですか	ア はい (第三者の氏名と住所 →) イ いいえ			
	老人保健法の医療を受けたとき	市区町村番号	受給者番号	発行機関名	
事業主が証明するところ	死亡した者の氏名		死亡した日	令和	年 月 日 死亡
	死亡した者は	ア 被保険者		イ 被扶養者	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
	事業所所在地				
	事業所名				
	事業主名	印			

受付日付印

※の印欄は同一印をご使用ください。

受取代理人の欄	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。 ※				
	被保険者(申請者)氏名				印
	住所				
	代理人の				
	氏名				印

★ 被保険者の死亡による請求は、請求者の方の名義の「支払金融機関欄」を記入して下さい。

支払金融機関	金融機関コード				支店番号				
		銀行 金庫			本店 支店				
	口座番号	普通 ・ 当座							
	口座名義 (カタカナ)								

★ 事業主の証明を得ないで請求する場合は、市町村長の埋葬許可証(写)、火葬許可証(写)または死体検案書(写)、検視調書(写)または死亡診断書(原本)等を添付して下さい。

全日本理美容健康保険組合