

事業所担当者()<経由>一健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)

被保険者
家族 埋葬料(費)請求書

被 保 険 者 (請 求 者) 記 入 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号 1 番号 12345	②被保険者(請 求者)の氏名	健保 花子		
	③事業所の 名称	ヤンマー株式会社				
	④死亡者氏名	健保 太郎	⑤死亡者の 生年月日	S 58年 5月 5日	⑥被保険者 との続柄	本人
	⑦死亡年月日	H25年 9月 25日	⑧死亡の 原因	<input checked="" type="checkbox"/> 病死(病名: 心不全) <input type="checkbox"/> 第三者行為() <input type="checkbox"/> その他()		
	⑨被保険者が死亡した場合のみ記入(太枠内)		添付書類			
	請求者は被保険者 によって生計維持 されていましたか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者である	・「死亡診断書」または「埋葬許可証」の写し		
			<input type="checkbox"/> 被扶養者でない	・「死亡診断書」または「埋葬許可証」の写し ・請求者が被保険者によって生計を維持されていたことが確認できる 書類(被保険者世帯全体の住民票(原本)、送金証明など)		
		<input type="checkbox"/> いいえ ※被保険者に生計維持されていた方 がおられる場合は請求できません。	埋葬に要した費用 (葬儀代、霊柩車代など) 円 ※飲食代は含まない		埋葬年月日 年 月 日	
	⑩ 振込先 (請求者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)
		△銀行	××支店	普通 当座	0123456	ケンホ ハナコ

上記のとおり請求します。

平成25年 10月 7日

請求者の住所 〒 123-4567

△△市××1-2-3

氏名 健保 花子

健保

被保険者
との続柄 (妻)

電話番号 * * * (* * *) * * * *

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

事業主 証明 欄	死亡した者 の氏名	被保険者 被扶養者の別	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
	死亡した年月日	事業主に証明をもらってください。 任意継続の方、喪失された方は不要です。	
	上記のとおり相違ないこと 年 月	事業主 住所 氏名 印	

※「死亡診断書」または「埋葬許可証」の写しを添付してください。