

# 健康保険 被保険者 家族 埋葬料「費」(付加金) 請求書

【添付書類】	① 被保険者証の	記号		② 事業所の	名称		
	番号			所在地			
	③ 死亡した年月日	平成	年	月	日	④ 死亡原因	⑤ 第三者の行為によるものですか 1.いいえ 2.はい
事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書のいずれかの写しを添付して下さい。	⑥ 被保険者が死亡したための請求であるときはその者の	⑦ 氏名		⑧ 生年月日	1.昭和 年 月 日 2.平成 年 月 日	⑨ 被保険者の標準報酬月額 千円	
		⑩ 埋葬した年月日	平成 年 月 日	⑪ 埋葬に要した費用	金 円	⑫ 死亡した被保険者と請求者との身分関係	
	⑬ 被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の	⑭ 氏名		⑮ 生年月日	1.昭和 年 月 日 2.平成 年 月 日	⑯ 被保険者との続柄	
	⑰ 備考						
⑱ 振込希望銀行	銀行		支店出張所		金融機関番号	店舗番号	
	預金種目	口座番号(右づめで記入)			フリガナ		
	普通 当座				口座名義人		
⑲ 上記のとおり請求書します。							平成 年 月 日
請求者の住所		フリガナ		氏名		印	
民間放送健康保険組合理事長 殿							

⑳ 事業主の証明	死亡した者の氏名		死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	平成 年 月 日	死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します。			平成 年 月 日
	住所	事業主の		氏名
				印

㉑ 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。				平成 年 月 日	平成 年 月 日請求
	請求者の住所		氏名		印	受付日付印
	代理人の住所		氏名		印	
	代理人の振込希望銀行	銀行		支店出張所		預金種目
口座番号(右づめで記入)		フリガナ		普通	当座	
		口座名義人				

民間放送健康保険組合