健康保険　被保険者／家族　埋葬料(費)請求書

平成　〇〇年　〇月　〇日請求

保険証から転記してください

被保険者が記入するところ

①被保険者証の記号と番号	(記号) １２３ (番号) ４５６７８	②請求者の氏名と印	健保　一郎	③ ㊞
④請求者の現住所	(〒　－　) 〇〇県△△市××５－６－７			
⑤被保険者の勤務していた又は勤務する事業所の	名称	〇〇〇〇株式会社		
	所在地			
⑥死亡した年月日	平成 〇〇年 〇月 〇日	⑦死亡した原因	急性心筋梗塞	
⑧被保険者が死亡したための請求であるときは被保険者の	氏名		埋葬した年月日	平成　年　月　日
	被保険者の最後の標準報酬月額	千円	死亡した被保険者と請求者の身分関係	
⑨被扶養者が死亡したための請求であるときは被扶養者の	氏名	健保　松子	生年月日	(昭和)平成 〇〇年〇月〇日
	被保険者との続柄	母		
⑩支払金融機関	銀行／信用金庫　本店／支店	預金の種別	普通・当座	
		口座番号		
		名義人名(カタカナ)		
⑪備考				

任意継続被保険者・特例退職被保険者のみ記入してください（在職中の方は給与と一緒に支給しますので記入不要です）

事業主の証明するところ

任意継続被保険者・特例退職被保険者は不要

⑫死亡した者の氏名	健保　松子	⑬死亡した者は	被保険者との続柄 被保険者・(被扶養者)(　母　)
⑭死亡した年月日	平成 〇〇年 〇月 〇日	⑮死亡の原因	急性心筋梗塞

うえの通り相違ないことを証明します。　平成　年　月　日

事業主　⑯住所　東京都〇〇区〇〇１－２－３
××株式会社
⑰氏名　代表取締役社長　〇〇〇〇　⑱ ㊞

委任状

私は　を代理人と定め平成　年　月　日に請求した埋葬料（費）請求書の受領方を委任します

本人　住所
氏名　㊞

代理人　住所
氏名　㊞

被保険者以外の方の口座へ振り込む場合は必ずこの欄に記入・捺印してください

（該当条文　法第四九条・第五六条・第五九条の三）

（規則第五九条・第六〇条・第六三条の五）

KDDI健康保険組合