

健康保険 埋葬料 付加金 請求書

請求者が記入するところ	①被保険者の記号・番号		(記号)	(番号)	②被保険者が勤務していた又は勤務している事業所の名称			
	被保険者の(請求者の)氏名・住所郵便番号		③氏名	フリガナ	④住所	〒 _____ Tel (_____) _____		
	⑤	死亡した者の氏名及び生年月日	氏名	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月 日	
		死亡した者との続柄 (請求者側から見た続柄)				⑥	埋葬した年月日	年 月 日
	⑦死亡した年月日		令和	年	月	日	⑧死亡した原因 (負傷は⑨へ)	
	⑨	負傷原因(なるべく詳しく書いてください。)					負傷現場の見取図	
		いつ 年 月 日 午前 時 分 午後 時 分						
		どこで(場所)						
		何の目的で						
		何をしている時に どうなった						
希望するところに○をつけて下さい		A 銀行振込		B 健保組合の窓口支払い		C 代理人に委任		
⑩	A・Cに○をつけた方は記入して下さい。 ※被保険者又は請求者の口座に限ります。		フリガナ(_____)		銀行 信用金庫		店番 _____ 支店 _____	
	Cに○をつけた方は記入して下さい。		この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 被保険者(請求者)氏名 _____					
⑪	死亡した者の氏名		死亡した年月日		令和 年 月 日 死亡			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日							
	事業所名称・所在地 事業主氏名							
※領収書	¥ _____		左の金額を領収しました。					
	年 月 日		氏名 _____					
備考								

※欄は記入しないで下さい。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)