

埋葬料付加金請求書

請求者が記入するところ	被保険者証の記号と番号		記号		請求者の氏名と生年月日	請求日 令和 年 月 日				
			番号			(フリガナ) 昭 和 ・ 平 成 年 月 日 生				
	請求者の住所		〒 - Tel () -							
	被保険者の事業所名		Tel () - 営業所・店							
	死亡した被保険者氏名					死亡年月日	令和 年 月 日			
	死亡の理由					死亡の理由は第三者の行為によるものですか	いいえ・はい			
	埋葬した年月日		令和 年 月 日			死亡した被保険者からみた請求者との身分関係 (続柄)				
	資格喪失日より三箇月以内に死亡した場合	死亡日に所有していた被保険者証の記号と番号		記号		死亡当時の被保険者証に記載されていた被保険者名又は世帯主名	(フリガナ) 昭 和 ・ 平 成 年 月 日 生			
		死亡日に加入していた保険者の名称と所在地		〒	所在地			Tel () -		
	振込先金融機関名		銀行 信用金庫		支店 営業所		口座番号			
信用組合 農協・他			預金種類	普通・他 ()		口座名義 (請求者と同一)				

添付書類	リーガル健康保険組合の被保険者証1枚と、被扶養者がいる場合はその者の保険証 (資格喪失者は不要)					
	次のいずれか一つに○	1・埋葬許可証の写	2・火葬許可証の写	3・死亡診断書の写	4・死体検案書の写	5・検視調書の写

事業主が証明するところ	死亡した被保険者氏名				死亡年月日	令和 年 月 日			
	上記のとおり相違ないことを証明する。					令和 年 月 日			
事業主の所在地					Tel () -				
事業主の氏名					〒 Tel () -				

組合使用欄	他保険者給付確認 (令和 年 月 日・不要)
-------	------------------------

リーガル健康保険組合