

家族埋葬料付加金請求書

					請求日 令和 元 年 10 月 1 日				
被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号		記号	〇〇		被保険者の氏名と生年月日	(フリガナ ケホ 知)		
			番号	〇〇〇〇			健保 太郎 健保		
	被保険者の住所		〒 279 - 0013		千葉県浦安市日の出〇-〇-〇		昭和・平成 38 年 2 月 10 日生 TEL (047) ××× - ××××		
	被保険者の事業所名		(株)リーガル〇〇		TEL (047) 304 - ××××		営業所・店		
	死亡した被扶養者氏名		健保 花子		死亡年月日		令和 元 年 9 月 17 日		
	死亡の理由		虚血性心不全		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 元 年 9 月 20 日		被保険者と死亡した被扶養者の身分関係(続柄)		妻		
	被扶養者となった日より三箇月以内に死亡した場合	被扶養者となる前に所有していた被保険者証の記号と番号		記号			被扶養者となる前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)	
		被扶養者となる前に加入していた保険者の名称と所在地		番号				昭和・平成 年 月 日生 TEL () -	
	振込先金融機関名		××		銀行 信用金庫 信用組合 農協・他		△△		支店 営業所
				預金種類		普通 ・他 ()		口座番号	
						口座名義 (請求者と同一)		1 2 3 4 5 6 7 ケンポ タロウ	

添付書類	死亡した被扶養者の保険証 1 枚			
	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 3
		4・死体検案書の写	5・検視調書の写	6・事業主の証明 (下段に記入)

事業主が証明するところ	死亡した被扶養者氏名			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。				
	所在地			令和 年 月 日	
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