

埋葬料請求書

請求者が記入するところ	被保険者証の記号と番号		記号	〇〇	請求者の氏名と生年月日	請求日	令和	元	年	10	月	1	日	
			番号	〇〇〇〇		(フリガナ)	ケンポ	ハナコ						
	請求者の住所		〒 279 - 0013			〒	047	Tel () ××× - ××××						
	被保険者の事業所名		(株)リーガル〇〇					047	Tel () 304 - ××××					
	死亡した被保険者氏名		健保 太郎			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			死亡した被保険者からみた請求者との身分関係 (続柄)	妻							
	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)							
				番号			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	△△		支店	口座番号		1 2 3 4 5 6 7			
					信用金庫			営業所						
					信用組合	預金種類		普通・他 ()				口座名義 (請求者と同一)		
					農協・他							ケンポ ハナコ		

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。						
	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