

# 埋葬費請求書

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		死亡した被保険者からみた請求者との身分関係 (続柄)				
	埋葬した年月日	令和 年 月 日			埋葬に要した費用の額			円		
	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		番号			〒 - Tel ( ) -			
振込先金融機関名		銀行		支店		口座番号				
		信用金庫		営業所		口座名義 (請求者と同一)				
		信用組合		預金種類		普通・他 ( )				
		農協・他								

添付する書類	リーガル健康保険組合の被保険者証 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		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)					
葬儀の領収明細書 (原本)									

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			
	所在地								
	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