

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 | | 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 | | | |
| | | | 番号 | | | Tel () - | | | |
| | | 死亡日に加入していた保険者の名称と所在地 | 〒 所在地 名称 | | | | | | |
| 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 | | | |
| | 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