

# 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 |          |                               | 健保 花子                  | 昭和 平成 42 年 10 月 10 日生 | (印) 健保 |
|             | 被保険者の事業所名           |                       | (株)リーガル〇〇    |          |                               | Tel ( 047 ) ××× - ×××× |                       |        |
|             | 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           | 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     |          |                               | 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)                 |                        | ケンポ ハナコ               |        |
|             |                     | 農協・他                  |              |          |                               |                        |                       |        |

|      |  |                  |           |           |
|------|--|------------------|-----------|-----------|
| 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 |
|      | 5・検視調書の写   | 6・事業主の証明 (下段に記入) | 4・死体検案書の写 |           |

|             |                    |  |       |             |
|-------------|--------------------|--|-------|-------------|
| 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