

決裁 年 月 日

常務理事	事務長	担当

埋葬料(費)請求書

平成 **年 **月 **日 提出

請求者記入欄	被保険者証 記号・番号	記号(2桁または4桁) ××		番号(7桁) 1234567		
	被保険者氏名または 請求者氏名	健康 華子		印 請求者氏名捺印		
	住 所	〒***-**** **県**市**町*****				
	事業所の名称	サッポロビール(株) 任意継続者は記載不要				
	死亡年月日	平成 **年 *月 **日	死亡原因	死亡原因の病名		
	被扶養者が死亡した 為の請求である 場合	被扶養者の氏名	生年月日		被保険者との続柄	
			昭 平	年 月 日		
	被保険者 が死亡 した為の請求である 場合	被保険者の氏名	生年月日		請求者と被保険者の関係	
		健康 太郎	昭 平	**年 *月 **日	妻 (被保険者から見た続柄)	
		被保険者に被扶養者がなく 他の方が埋葬を行った場合	埋葬した年月日		埋葬に要した費用 円	
被保険者の死亡に より、口座の閉鎖に伴う 振込先	銀行名	支店名	種目	口座番号	口座名義	
	**** 銀行	(番号****) **** 支店	普通 当座	*****	(カナ) **** **** **** ****	
死亡原因が第三者行為の場合は その詳細						
【委任状欄】任意継続者は対象外 *1 (事業会社経由で受け取る場合) 私は、埋葬料に関する受領を <u>サッポロビール(株)</u> (任意継続者は記載不要) に委任します。 氏 名 健康 一郎 印 (任意継続者は記載不要)						
事業主記入欄	死亡者氏名	被保険者 被扶養者	死亡年月日	平成 年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 住 所 事業主 名 称			平成 年 月 日 印		
記入欄	資格確認	被保険者 資格取得日	昭 平	年 月 日	資格喪失日 平成 年 月 日	
		扶養認定日	昭 平	年 月 日		
備 考						

必要な添付書類 市区町村の埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検死調書の内、いずれか1つ(写しで可)を添付下さい。(健保被保険者又は被扶養者以外の請求の場合は、被保険者との関係証明として戸籍謄本等公的書類が必要)
*1 労務契約をしています事業会社へ健保より給付金を支払う為の委任状です。_____は会社名を記載ください。出向先会社ではありませんのでご注意ください。(事業所とは労務契約をしている会社を云います)