

支給決定伺

支給決定額

健康保険組合				事業主（本社総務）		
常務理事	事務長	主任	担当			

資格取得(認定)日	昭和・平成・令和	年	月	日
資格喪失(消滅)日	昭和・平成・令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日

健康保険 被保険者 埋葬料・埋葬費請求書

*太枠線内を記入してください

提出日		令和	年	月	日	本人家族区分	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 被扶養者	
被 保 険 者 （ 請 求 者 ） の 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号						被保険者の氏名 (請求者)		
	被保険者の 事業所の名称						所 属		
	死亡した 年月日	令和	年	月	日		死亡した 原 因		
	区 分	被保険者 が死亡 したとき	被保険者 氏 名					被 保 険 者 と 請 求 者 の 身 分 関 係	
		被扶養者 が死亡 したとき	被扶養者 氏 名					埋葬した 年月日	令和 年 月 日
		第三者行為に 因る死亡ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」をご提出ください						
	委任状 被扶養者が 死亡の場合	表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の 氏 名 氏名を自署されても捺印は必要です。							
	振込先金融機関	被保険者が死亡の場合は、下記へ振込先口座を記入の上、必ず「(埋葬を行なった方の)権利承継届」(健保指定帳票 K-038)を添付してください。							
	名称および 金融機関・ 支店コード	銀行	支店		口座 種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
	金融機関コード	No.	支店コード		No.				
	口座番号	No.	口座 名義	(フリガナ)					

事業主の証明	死亡した者の 氏 名		死亡した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	死亡した 年月日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 名 称 代表者名 TEL ()								

受付日付印