

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
被扶養者 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	本人家族区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
被保険者等 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
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)		

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