

提出ルート: 請求者→事業主→健保
 (任意継続被保険者は直接 健保へ)

同年月日 年 月 日				支払年月日 年 月 日				支給金額			
常務理事	事務長	担 当	担 当	資格取得 年 月 日							
				死亡日 年 月 日				支給額			

被保険者 埋葬料 (費) 請求書 (被保険者が亡くなった場合)

21 この請求書には「死亡届(すべての面の写し)」を添付してください。死亡の原因が第三者の行為によるものであるときは別紙により「傷病原因届」を提出して下さい。

請求者が記入するところ	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号		被 保 険 者 の 所 属 ・ 氏 名				部 課 / 主 査				
	事 業 所 の 名 称										
	死亡した年月日		令和 年 月 日			死亡の原因					
	請 求 者 氏 名					請 求 者 と 被 保 険 者 の 関 係					
	請 求 者 の 現 住 所		〒 電 話								
	埋葬に要した費用の額 (被扶養者がいない場合)			円 (別紙証拠書のとおり)							
	請求者名義の口座をご指定ください。										
	振込金融機関 (ゆうちょ銀行・ネット銀行は不可です)		銀 行 名		銀行・信金 信組				店・本店 支店・出張所		
			銀 行 番 号		店 番 号						
	預金種別	1: 普通 2: 当座	口 座 番 号					(フリガナ) 口 座 名 義			
備 考											
上記のとおり請求します。											
令和 年 月 日											
請求者 署名(自筆)											

事業所の証明するところ	死亡者の氏名		所属			
	死亡年月日		令和 年 月 日			備考
	上記のとおり相違ないことを証明します。(ゴム印使用)					
令和 年 月 日		住所				
事業主		氏名				