

健康保険 埋葬料 付加金 請求書

請求者が記入するところの受領方法	①被保険者証の記号・番号		(記号)	(番号)	②被保険者が勤務していた又は勤務している事業所の名称		
	被保険者(請求者)の氏名・印住所・郵便番号		③氏名 ツガナ () 印	④住所 〒□□□□-□□□□ TEL () -			
	⑤死亡した年月日				平成 年 月 日	⑥死亡した原因(負傷は⑫へ)	
	⑦死亡した方の氏名及び生年月日		(氏名) (生年月日) 明・大・昭・平 年 月 日		死亡したのは被保険者ですか、被扶養者ですか。 該当文字を <input type="text"/> で囲んでください。		被保険者 被扶養者
	死亡した者方との続柄(請求者側から見た続柄)				⑧埋葬した年月日	平成 年 月 日	
					埋葬に要した費用		円
	⑨介護保険法のサービスを受けていたとき		保険者番号	被保険者番号	保険者名称		
	*代理人に委任する方は記入してください 【被保険者(請求者)印は③欄に押した印に限ります】 この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ ㊟に委任します。 被保険者(請求者)氏名 _____ ㊟						
	振 込 希 望 金 融 機 関						
	【被保険者(請求者)又は委任代理人の口座に限ります】 ツガナ() 銀行 () 店番 _____ _____ 信用金庫 _____ 支店 口座番号 _____ ツガナ () 口座名義人氏名 _____						

⑪事業主が証明するところ	死亡した方の氏名	死亡した年月日	平成 年 月 日 死亡
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 事業所名称・所在地 事業主氏名 _____ ㊟		

負傷届 (死亡原因が負傷の場合はできるだけ詳しく記入してください)

⑫負傷の発生状況	いつ 年 月 日 午前 時 分 午後	負傷現場の見取図	受付年月日 ┌──────────┐
	どこで(場所)		
	何の目的で		
	何をしているときに		
	どうなった		

◎記入するときは、「裏面の注意事項」をご覧ください

2010.04