

被保険者
被扶養者 埋葬料（費）・付加金請求書

2019年 5月 26日 提出

被保険者 (請求者) が記入するところ	被保険者 記号・番号	記号	1		被保険者の 所属事業所 及び部署名	デル株式会社 ○○○○		
		番号	1234					
	被保険者の 社員番号	123456						
	被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ ケンボ タロウ	被保険者 (請求者) 住所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-1-1				
	死亡した者	健保 保次郎		生年月日	昭和 平・令 17年 9月 11日	死亡した者 と請求者との 身分関係	父	
	死亡した 年月日	令和 1年 5月 20日		死亡原因	肺がん		第三者の行為による ものですか はい いいえ	
	生計維持されていなかった 者が請求する場合	埋葬した 年月日	令和 年 月 日	埋葬に要した 費用	円			

※死亡についての事業主の下記証明欄の記入、又は、火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか1つを添付(写)してください。

※被保険者が死亡した場合で、同人から生計維持された者による埋葬者がいないため、生計維持されていなかった者が請求する場合は、「埋葬に要した費用」の記入と、埋葬に要した費用の「領収書」原本(費用内訳として品目、単価、数量、金額が明記されているもの)を添付してください。

※被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外の者による請求の場合は、亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類の原本(戸籍謄本、住民票等)を添付してください。

事業主の 証明する 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。		年 月 日
	所在地		
	事業主 名称	事業主の証明欄	
	氏名	電話	()

委任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	2019年 5月 26日
	被保険者 (請求者)	健保 太郎

受付日付印

支払金融 機関	※被保険者が死亡した場合は、こちらにご記入ください。		
	銀行	本店 普通・当座	
	信用金庫	支店	
	支店番号	口座番号	名義人(フリガナ)

デル健康保険組合