

保険証の記号と番号を記入してください。

被保険者が死亡したときに記入してください。

被扶養者が死亡したときに記入してください。

委任を希望される場合のみ記入ください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

事業主の証明が受けられないときは死亡診断書等の写しを添付してください。

被保険者が死亡した場合には、請求者の住所、氏名を記入し、押印してください。

被保険者が死亡したときはその被保険者との続柄を記入してください。

被保険者 健康保険 埋葬料(費) 請求書

(家族)

被保険者証の記号・番号	950	81	事業所名	愛鉄工業株式会社		
死亡した被保険者の氏名			埋葬に要した費用額	金	1,500,000	円
被扶養者の死亡に関するときはその者の氏名	中村 吾市		生年月日	昭和 26年4月3日	被保険者との続柄	父
死亡年月日	1年5月3日	埋葬年月日	1年5月4日	死亡の原因	脳梗塞	
介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称	市町村名		
(フリガナ) 払渡し希望銀行の口座	銀行 信用金庫	預金の種類	普通 当座	店番	口座名義人氏名(被保険者)	
	本支店		貯蓄	口座番号	フリガナ	氏名

本請求に基づき給付金の受領を下記の者に委任します。

被保険者(請求者) 氏名 中村 花子 (専)

委任された者の事業所名 名古屋市中区栄二丁目10番19号 愛鉄工業株式会社 (愛鉄工業 代表者印)

氏名 愛鉄連太郎 (代表者印)

上記のとおり請求します。

1年5月20日 請求者と死亡した被保険者の続柄

愛鉄連健康保険組合理事長 殿 〒453-0804

被保険者(請求者)住所 名古屋市中村区黄金通一丁目18番地

被保険者(請求者)氏名 中村 花子 (中)

本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。

(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄	
-----	--

死亡した者の氏名	中村 吾市	被保険者	被扶養者
死亡した年月日	1年5月3日	死亡	
死亡した原因	脳梗塞		
上記のとおり相違ないことを証明します。	1年5月15日		
(記載者氏名)	事業所の所在地 名古屋市中区栄二丁目10番19号	事業所の名称 愛鉄工業株式会社	事業主の氏名 代表取締役社長 愛鉄連太郎 (愛鉄工業 代表者印)
	TEL (052) 461-6131		

(注) 1. 死亡した被保険者の家族が埋葬を行い請求者となる場合は、その続柄を証明する書類を添付してください。
 2. 被保険者が死亡しその埋葬を家族以外の人が行い請求する場合は、埋葬に要した費用の証拠書、領収書を添付してください。
 3. この請求書には市区町村長の埋(火)葬許可証若しくは死亡診断書、死体検案書又は検死調書の写し、又は死亡に関する事業主の証明書のいずれかを添付してください。(令和1年5月1日 改)

死亡の原因を記入してください。

被保険者の個人口座へ振り込みを希望する場合に記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

委任者は請求書に押印されたものと同じ印で押印してください。

法人の場合は、代表者印を忘れずに押印してください。

※記入誤りがある場合は、申請欄及び委任欄と同じ印にて訂正してください。