

被保険者 家 族 **埋葬料**(費)[付加金] 請求書

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------|-----------|-------------------------|--------------|----------------------|------|
| ◎請求者が記入するところ 記入方法については裏面の注意事項をご覧のうえご記入ください。 ☆事業主が証明する欄 | ① 被保険者証の記号 被保険者番号 | 3382 21 | ② 被保険者の氏名 | 健保太郎 | | 生年月日 | 昭平27年10月5日生 | 満67才 |
| | ③ 被保険者の住所 | 〒OXΔ-XXXX 板橋区蓮沼 X-X-X | | | | | | |
| | ④ 事業所の名称 | 株式会社OX出版 | | | | | | |
| | ⑤ 死亡した年月日 | 29年3月23日 | ⑥ 死亡した原因 | 胃癌 | | | ⑦ 第三者の行為に よるものですか | はい |
| | ⑧ 被保険者の死亡の場 が合(7) 埋葬した年月日 | 年 月 日 | (8) 埋葬に要した費用 | 金 円 | (9) 死亡した被保険者と請求者の身分関係 | | | |
| | ⑨ 被扶養者死亡した場 が合(7) 氏名 | 健保花子 | | (10) 生年月日 | 昭和28年9月7日生 平成 (満63才) | (11) 被保険者の続柄 | 妻 | |
| | 上記のとおり請求いたします。 | | | | | | | |
| | 請求者の住所 | 〒OXΔ-XXXX 板橋区蓮沼 X-X-X | | | | | | |
| | 請求者の氏名 | 健保太郎 | | | | | | |

出版健康保険組合 殿 電話 03 (3960)XXXX

※ 本人氏名を自署した場合は押印不要です。(委任状欄を除く)

| | | | | | |
|---------------------|---------------------------|------|----------|---------------|--|
| ⑩ 死亡した者の氏名 | 健保花子 | | ⑪ 死亡した方は | 被保険者・被扶養者 | |
| ⑫ 死亡した年月日 | 平成29年3月23日死亡 | ⑬ 年齢 | 満63才 | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | |
| 事業所所在地 | 〒OXΔ-XXXX 千代田区神田神保町 X-X-X | | | | |
| 事業所の名称 | 株式会社OX出版 | | | | |
| 事業主の氏名 | 千代田太郎 | | 電話 | 03 (3291)XXXX | |

☆ 事業主の証明が受けられない場合は死亡診断書又は埋火葬許可証の写しを添付してください。

| | | | | | |
|-----|---------------|------|----------------------------------------------------|------------|--|
| 委任状 | 私は | 本郷三郎 | を代理人と定め、平成29年7月18日に請求した埋葬料(家族埋葬料)及び同付加金の受領方を委任します。 | 平成29年7月18日 | |
| | 請求者 | 住所 | 〒OXΔ-XXXX 板橋区蓮沼 X-X-X | | |
| | 氏名 | 健保太郎 | | | |
| | 受領人 | 住所 | 〒OXΔ-XXXX 千代田区神田神保町 X-X-X | | |
| 氏名 | 株式会社OX出版 本郷三郎 | | | | |

下欄は、会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。

| | | | |
|------|-------|------|------|
| 金融機関 | 銀行名 | 銀行 | 口座番号 |
| | | 信用金庫 | フリガナ |
| | | 信用組合 | 本店 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 支店 | 名義人 |

| | |
|----------------|---|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | ⑭ |
|----------------|---|

平成 年 月 日提出

受付日付印