

大京健康保険組合理事長 殿

被保険者家族 埋葬料(費)請求書

請求者が記入する欄	被保険者証の 記号・番号	第 _____ 号	被保険者の勤務 していた、 または勤務している 事業所の	名称	_____	
	死亡した日 年 月 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	死亡原因	_____		
	被保険者が死亡した 請求はそれの	氏名	_____	埋葬した日 年 月 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	埋葬に要 した費用 金 _____ 円
		被保険者の (最後)の 標準報酬月額	_____ 千 円	死亡した被保 険者と請求者 との身分関係	_____	
	被扶養者が死亡した 請求はそれの	氏名	_____	生年日	昭和 平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	被保険者 との続柄
備考	_____					
	振込希望の銀行(※)	銀行 _____ 支店 ( 普通 当座 )				
	上記のとおり請求します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 千 住所 請求者の _____ 氏名 (印)					

事業主の証明	死亡した 者の氏名	_____	死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡した年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	死亡	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 千 住所 事業主 _____ 氏名 (印)			

健保使用欄	資格喪失後の給付：喪失年月日 ( 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 )
	_____

受付日付印

(注意事項) (※)振込希望銀行は必ず請求者の口座を指定してください。  
(添付書類) 事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書、検視調査書の写を添付してください。