

被保険者
家 族

埋葬料（費）請求書

請求者が記入するところ	健康保険の記号・番号	11	123456
	被保険者氏名	日特 太郎	電話番号 () -
	被保険者の住所	(〒 123 -4567) 名古屋市瑞穂区高辻町14-18	
	事業所住所	お勤めの会社住所	
	事業所名	お勤めの会社名	
	所属	お勤めの会社所属名	内線 -
	死亡者氏名	生年月日	続柄
	日特 うめ	昭和 30 年 2 月 15 日	母
	死亡年月日	令和 5 年 2 月 1 日	
	死亡した原因	心不全	
	被保険者が死亡したための請求である時		
	請求者氏名	続柄 ()	
	埋葬した年月日	令和 年	被保険者が死亡した場合は「生計維持調査表」を併せて提出ください
	埋葬に要した費用	円	
	上記のとおり請求いたします。また、給付金の受領を上記の事業主に委任いたします。 令和 6 年 2 月 10 日 請求者住所 〒 123-4567 名古屋市瑞穂区高辻町14-18 請求者氏名 日特 太郎 日本特殊陶業健康保険組合 御中		
事業主が記入するところ	(事業主証明)		
	上記被保険者・被扶養者の死亡を確認いたしましたので証明いたします。		
	記入しないでください		
	事業所所在地	_____	
	事業所名称	_____	
事業主氏名	_____		
担当部署名	_____		

※締切は毎月20日(事業主証明後の健保着日)、翌月の給与に振込みます(任継・退職者は翌月末口座振込み)。

※被保険者が死亡した場合は「生計維持調査表」を併せて提出ください。

受付日付印