

支給決定日		令和	年	月	日		
支給日	R	年	月	日	常務理事	事務長	担当者
支給決定額	円						

被保険者  
 被扶養者

## 埋葬料（費）請求書

◎請求上の注意

- 資格喪失後死亡請求であるときは、死亡診断書（写し）を添付して下さい。
- この請求をするときは、この様式に記入のうえ、事業主の証明を受けて、健保組合に提出して下さい。
- 死亡が交通事故など第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を添付して下さい。

被保険者証記号	被保険者証番号	枝番	被保険者氏名					
6010	1234567	01	兼松 太郎					
死亡者	氏名	兼松 太郎		生年月日	S × 年 × 月 25 日		被保険者との続柄	本人
死亡年月日	R 1 年 5 月 × 日		死亡原因	病名 心筋梗塞				
埋葬に要した費用額	100万 円		第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
☆退職者又は任意継続被保険者のみ（現役社員は記入不要）								
振込先選択	<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望する <input type="checkbox"/> その他の振込先を希望する ※公金受取口座への振込には事前にマイナンバーを利用した登録が必要となります。 ※その他の振込先を選択された方は下記ご記入ください。（但し被保険者の銀行口座に限る。）							
振込先	銀行名	支店名	座種別	座番号				
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					

\*記号番号の代わりに個人番号を記入する事も可能です。  
個人番号を使用されたい場合は、被保険者番号欄に12ケタの個人番号をご記入下さい。

被保険者以外の者が請求する場合のみ									
請求者	氏名	フリガナ	カネマツ ハナコ			請求者と被保険者の続柄又は身分関係	配偶者		
			兼松 花子						
	住所	〒 ×××× - 〇〇×× 東京都 〇区▲1-1-1			TEL 080-××××-××××				
振込先	座種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		座番号					
	みずほ 銀行	〇〇×× 支店		1	2	3	4	5	×
	座名義	フリガナ	カネマツ ハナコ						
		兼松 花子							

事業主証明欄	上記に相違	人事(総務経理)担当者にご提出下さい。					
	代表者名						

兼松健康保険組合 殿

受付印

令和 1 年 5 月 31 日 上記により請求します。