

* 本件を交際 決定しついで りかへ	種別	支給決定額	資格関係	標準報酬月額	
		¥ _____	・ 取得 ・ 喪失	千円	適用年月

被保険者 家族 埋葬料(費)請求書

請求者が記入するところ	被保険者証	記号 123	番号 456	事業所名称 株式会社	
	死亡した人の氏名・生年月日及び続柄	大織 花絵		年12月4日生 続柄 本人・家族(母)	
	死亡年月日	年7月19日	死亡	死亡の原因(傷病名等)	急性肺炎
	埋火葬をした年月日	年7月22日	死亡	埋火葬に要した費用額	¥ (別紙証憑書のとおり)
	死亡者が第三者の行為に因るものであるときはその事実並びに第三者の住所及び氏名(住所及び氏名が不詳であるときはその旨)	<p style="color: red;">事故・事件の場合記入してください。</p>			老健法受給資格者 確認
住所	(フリガナ) オオサカシ ツルミク 〒538 0000 大阪市鶴見区 3-25-7 電話番号(06) 3456				
氏名	(フリガナ) ダイオリ ケンタロウ 大織 健太郎 (大印) 本人が死亡のときは本人との続柄				
請求者又は代理人	金融機関名	店番号	口座預金種別	預金口座名義人の氏名カタカナで記入してください。	
	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	普通・貯蓄	ダイオリ ケンタロウ	
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		代理人の氏名・印		
	平成 年 月 日		(フリガナ)		
	被保険者(請求者)氏名		代理人の住所・電話番号		
	_____ 印		郵便番号		
		(フリガナ)		電話 ()	

① 本人(被保険者)のときは喪失届と保険証
② 家族のときは被扶養者の削除届と保険証
を添えて提出してください。

被保険者の死亡に家族に関する事業主の証明	上記の者 平成 年7月19日死亡 したことを証明します。	事業所の所在地 ・名称・事業主の氏名 印	大阪市中央区 町2-6-9 株式会社 三四郎 (大印)
----------------------	------------------------------------	-------------------------	-----------------------------------

添付書類	被保険者の場合は、市区町村の埋火葬許可書の写又は死亡診断書の写、又は死体検案書の写(検死調書の写) * 請求者が健康保険の被扶養者でない場合 同居の場合...世帯全員の住民票の写(続柄の記載されているもの) 別居の場合...戸籍謄本の写と埋葬に要した費用(葬儀代)の明細書と領収書原本。 被扶養者の場合は、市区町村の埋火葬許可書の写又は死亡診断書の写。 * 任意継続被保険者・被扶養者は事業主の証明は不要。	受付印
------	--	-----