

~~埋 葬 料 (費)~~
~~家 族 埋 葬 料~~ 請 求 書

スズキ健康保険組合理事長 殿

平成 13 年 6 月 1 日提出

下記の通り死亡診断書（写し）を添えて請求します。

※印欄は死亡者が被保険者である場合にのみ記入

請 求 者 記 入 欄	請求者氏名印	健保 花子 (印)	住所 電話	〒431-0211 TEL (053) 596-XXXX 浜松市西区舞阪町 XXX		死亡者との続柄	妻
	被保険者証 記号番号	1-33333	事業 所名	スズキ(株)		所 属	自販 〇〇
	資格取得 年月日	昭和 平成 〇〇年 4月 1日	資格喪失 年月日	平成 〇〇年 5月 21日			
	※死亡した被 保険者氏名	健保 太郎	※生年 月日	S. 〇〇. 12. 10	※標準報 酬月額	千円 320 (印)	
	被扶養者の場 合はその氏名	/		生 年 月 日	/		
	死亡年月日	平成 〇〇年 5月 20日	死亡原因	肺癌			
	埋葬を行った 年月日	平成 〇〇年 5月 21日	埋葬に要した 総費用	1,200,000円			
死亡者が第三者行為に よる場合はその事実、 第三者の住所、氏名	事実 住所 氏名						

事 業 主 証 明 欄	上記の者は平成 〇〇年 5月 20日 死亡したことを証明します。						
	平成 〇〇年 6月 1日 住所 浜松市高塚町 300 事業主 スズキ株式会社 (印) 氏名 代表取締役 〇〇 〇〇						

支 給 決 定 伺	支 給 伺	平成 年 月 日	支 給 日	平成 年 月 日		
	標準報酬月額		担 当	課 長	事務長	常務理事
	法定給付額					

委 任 状	上記の受領を 委任します。	に
	平成 年 月 日	
	被保険者氏名	(印)

※給付金の支払いは、家族埋葬料では健保に登録されている被保険者の口座へ、埋葬料（費）では請求者の口座への振り込みになります。
解約された方・登録されていない方は裏面に口座を記載してください。