

被 保 険 者 家 族 埋 葬 料 請 求 書

被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者 記 入 欄	被保険者証	記号	1	番号	1 2 3 4 5 6	被保険者氏名	健 保 太 郎	健保 <small>(回転印不可)</small>		
	事業所名所属	株式会社 IHI 業務部 業務課				生年月日	(和暦) ×× 〇〇 年 10 月 10 日			
	被保険者の住所	〒 987 - 6543 東京都中央区佃五丁目3番2号 ロイヤル・パーク707号				TEL	03-5454-5454			
	死亡年月日	(和暦) ×× 〇〇 年 8 月 8 日	死亡原因		【※1】 くも膜下出血					
	被扶養者が死亡の場合	氏名	健 保 組 子			生年月日	(和暦) ×× 〇〇 年 11 月 11 日	続柄	妻	
	備考欄	<small>被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) ※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。</small>								
【※2】 被保険者が死亡し、家族以外の者が埋葬を行なった場合のみ記入										
埋葬を行なった者の氏名および印		印		被保険者との続柄		埋葬に要した費用	*領収証を添付してください。 円			

事 業 主 証 明 欄	【※3】 死亡に関する事業主の証明欄								
	うへの者は、(和暦) ×× 〇〇 年 8 月 8 日 に死亡したことを証明します。								
	(和暦) ×× 〇〇 年 8 月 25 日								
	住所(所在地)	東京都江東区豊洲三丁目1番1号							
事業主名	株式会社 IHI								
氏名	事業主代理人 石播 本太 印 TEL 03-8888-8888								

委 任 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します。								
	(和暦) ×× 〇〇 年 8 月 31 日 在職者のみ記入								
	被保険者氏名	健 保 太 郎 健保 (回転印不可)							

受付日付印

振 込 先 記 入 欄	銀行コード	1	2	3	4	支店コード	5	6	7	口座番号	8	9	0	1	2	3	4	
	たんぽぽ	<input checked="" type="checkbox"/>	銀行	<input type="checkbox"/>	農協	豊洲	<input type="checkbox"/>	本店	種別	<input checked="" type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	当座					
		<input type="checkbox"/>	信金	<input type="checkbox"/>	信組		<input checked="" type="checkbox"/>	支店		<input type="checkbox"/>								
フリガナ ケンポ タロウ																		
【※4】 名義人 健 保 太 郎 退職者のみ記入																		

- 【注意事項】
- ※1 … 第三者の行為により死亡した場合は「第三者による傷病届」を添付してください。
 - ※2 … ①被保険者により生計の一部分を維持した者であれば記入不要です。
②①以外(維持した者が誰もいない)の場合、すべての記入が必要になります。
 - ※3 … 事業主証明を得ないで請求する場合は、死亡診断書・埋葬許可証・死体検案書・検視調書のいずれかの写しを添付してください。
 - ※4 … 被保険者が死亡した場合または退職者のみご記入ください。