

健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）・付加金請求書

請求者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号	〇〇〇〇	請求者の氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保太郎	
		番号	△△△△			
	請求者の現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 さいたま市〇〇区〇〇町〇-〇-〇 電話 048 (〇〇〇) 〇〇〇〇				
	被保険者の勤務していた又は勤務する事業所の名称	(医)〇〇病院				
	死亡した年月日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	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とき					
	被保険者氏名		埋葬した年月日	令和 年 月 日		
	死亡した被保険者と請求者との身分関係		埋葬に要した費用	円 (別紙証拠書のとおり)		
	被扶養者が死亡したための請求であるとき					
	被扶養者氏名	健保 始	生年月日	(昭)平・令〇〇年〇〇月〇〇日生	続柄	父
備考						

事業主が証明するところ	死亡した者の氏名	健保 始	死亡した方は	被保険者・ 被扶養者
	死亡した年月日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	死亡した原因	心不全
	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日</p> <p>所在地 さいたま市〇〇区〇-〇-〇</p> <p>事業所名称 (医)〇〇病院</p> <p>事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇〇</p> <p style="text-align: right;">電話 048 (〇〇〇) 〇〇〇〇 番</p>			

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 <input type="checkbox"/> (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合は下記の欄を記入。 下記に記入があった場合は下記優先)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 提出 受 付
振込の銀行名	〇〇 銀行 △△ 支店 信用金庫	
預金種目・口座番号	普通 ・当座 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
フリガナ	ケンボ タロウ	
名義人氏名	健保太郎	