**被保険者**

**家族**

**健康保険 　　　　 埋葬料「費」（付加金）請求書**

【添付書類】　事業主の証明を得ないで請求する場合は、この請求書に区市町村長の埋葬許可証、火葬許可証、死亡診断書、

死体検案書、検視調書、住民票等のいずれかの写しを添付して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| ①被保険者の記号番号 | ②該当するものに○印 |
| － | 1．事業所勤務名　称所在地 | 2.特例退職被保険者 | 3.任意継続被保険者 |
| ③死亡した年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 | ④死亡原因 |  | ⑤第三者の行為によるものですか |
| 1.いいえ　　　2.はい |
| ⑥被保険者が死亡したための請求であるときはその者の |
| ア.被保険者氏名 |  | イ.生年月日 | 昭 和年　　　　月　　　　日平 成 | ウ.被保険者の標準報酬月額 | 千円 |
| エ.埋葬した年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 | オ.埋葬に要した費用 | 金 円 | カ.死亡した被保険者と請求者との身分関係 |  |
| ⑦被扶養者が死亡したための請求であるときはその者の |
| キ.被扶養者氏名 |  | ク.生年月日 | 昭 和平 成 　　　年　　　 月　　　 日令 和 | ケ.被保険者との続柄 |  |
| ⑧振込希望銀行 | 金融機関番号 |  | 銀行 | 預金種目 | 口座番号（右づめで記入） |
|  |  |  |  | 普通 | 当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 店舗番号 |  | 支　店出張所 | フリガナ |  |
|  |  |  | 口座名義人 |  |
| ⑨上記のとおり請求します。 令和　　　年　　　月　　　日住　所　〒請求者の ℡ (　　　　)　　　　－　　　　　氏　名 民間放送健康保険組合理事長　殿 |
| ⑩備考 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑪事業主の証明 | 死亡した者の氏名 |  | 死亡した年月日 |  　　　　　年 　　　月 　　　日 | 死亡した者 | 被保険者被扶養者 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　　　年　　　月　　　日住　所事業主の氏　名  |

|  |  |
| --- | --- |
| ⑫受取代理人の欄 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和　　 年　　 月　　 日住　所令和　 年　 月　 日請求受付日付印請求者の氏　名  |
| 住　所代理人の氏　名  |
| 代理人の振込希望銀行 |  | 銀　行 | 預金種目 | 口座番号（右づめで記入） |
| 普通 | 当座 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 支店出張所 | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

民間放送健康保険組合